



CUESTIONARIO DE HISTEROSALPINGOGRAFIA

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha: _____ Cuenta: _____

1. ¿Cuál fue la fecha del comienzo de su último ciclo menstrual? _____
2. ¿Usted ha estado embarazada? ___ Si ___ No Si es así, por favor responda de A a E.
 - a. Si es así, ¿Cuántas veces? _____
 - b. ¿Usted ha tenido abortos? _____ Si ha tenido, ¿Cuántos? _____
 - c. ¿Usted ha tenido abortos espontáneos? _____ Si ha tenido, ¿Cuántos? _____
 - d. ¿Cuántos embarazos fueron llevados a término completo? _____
 - e. ¿Cuánto tiempo hace de su último embarazo? _____
3. ¿Usted ha tenido alguna cirugía del útero o abdomen? ___ Si ha tenido, ¿Qué tipo de cirugía?

4. ¿Cuánto tiempo tiene tratando de quedar embarazada? _____
5. ¿Usted ha tenido relaciones sexuales sin protección desde el día que hizo su cita?
___ Sí ___ No

Technologist:

Urine pregnancy test administered? ___ Y ___ N

If yes, result of urine pregnancy test: _____

Signature: _____

Doctor: _____