



**E P I T E L I O S**  
— PATOLOGÍA Y CITOLOGÍA —

**Teléfonos:** (22) 9193-1899 / (22) 9193-1900  
**Envíos:** AV. Circuito nuevo Veracruz # 835 int. 501, Fracc. Nuevo Veracruz.  
C.P. 91726, Veracruz, Ver.  
**Horario:** Lun-Vie 10:00 - 17:00 hrs. y Sáb: 8:00 - 14:00 hrs.

**Dr. Jose Ramón Homs Toache**  
Médico Anatomopatólogo  
COMMP A.C. 1530 | C.E. 9537626

## SOLICITUD DE ESTUDIO CITOLOGICO CÉRVICO-VAGINAL

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

FUM \_\_\_\_\_ Cestas \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Fuc \_\_\_\_\_ Menarca \_\_\_\_\_ Ivsa \_\_\_\_\_

Ritmo: \_\_\_\_\_ Método Anticonceptivo: \_\_\_\_\_ Antecedentes VPH: \_\_\_\_\_ Histerectomía: \_\_\_\_\_

¿Ha estado aplicandose antisépticos o antiinflamatorios?  SÍ  NO Fecha: \_\_\_\_\_

Duchas Vaginales  SÍ  NO Fecha: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido o recibe terapia hormonal?  SÍ  NO Tipo y duración de la terapia: \_\_\_\_\_

Impresión Diagnostica: \_\_\_\_\_

Interesa especialmente: Doc ( ) Valoración hormonal ( ) \_\_\_\_\_

Solicita Dr. (a) \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico para envío de resultado: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Sitios de la muestra:	Cérvix:
Saco Vaginal ( )	
Endocérvix ( )	
Pared Vaginal( )	

### Indicaciones:

-3 días de abstinencia  
-No utilizar cremas u óvulos vaginales

-No realizar ducha vaginal

Para mayor información comuníquese  
via telefónica