

## Ultrasonido Pèlvico

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de su última menstruación: \_\_\_\_\_

Por favor explique sus síntomas: \_\_\_\_\_

Tiene sangrado, derrame o descarga vaginal anormal:  Si  No

Tiene fiebre:  Si  No

Tiene dolor pèlvico:  Si  No

Le han diagnosticado con càncer:  Si  No Que tipo de càncer: \_\_\_\_\_

Le hicieron prueba de embarazo:  Si  No Resultado:  Positivo  Negativo

Ha tenido, parto(s) por medio de Cesaría:  Si  No

Numero de embarazos: \_\_\_\_\_

Numero de malpartos/abortos: \_\_\_\_\_

Le han removido su matriz:  Si  No

Cuando y donde: \_\_\_\_\_ Porque: \_\_\_\_\_

Le han removido sus ovaries:  Si  No

Cuando y donde: \_\_\_\_\_ Porque: \_\_\_\_\_

Ha tenido otra clase de cirugías pèlvicas:  Si  No

Cuando y donde: \_\_\_\_\_ Porque: \_\_\_\_\_

Ha o esta tomando hormonas incluyendo anticonceptivos:  Si  No

Que clase: \_\_\_\_\_

Le han hecho un ultrasonido pèlvico en el pasado:  Si  No

Cuando y donde: \_\_\_\_\_

Este ultrasonido algunas veces requiere de un ultrasonido transvaginal para esta porción se introduce un pequeño instrumento (transductor) en la vagina esto proporciona mejores imágenes para un mejor diagnostico. El examen es realizado por sonografistas profesionales y capacitados. Si usted nunca ha tenido relaciones sexuales por favor de comunicarse con la recepcionista o tècnico. Si hay alguna pregunta por favor de comunicarse con la recepcionista o tècnico.