



Seguro: _____

**FICHA DE GINECOLOGÍA
Y OBSTETRICIA**

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Estado Civil: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Religión: _____

Motivo de Consulta: _____

Historia: _____

ANTECEDENTES:

Médicos: _____

Quirúrgicos: _____

Traumáticos: _____

Alérgicos: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

Gestas: _____

HV: _____

HM: _____

FUP: _____

Último Pap: _____

FUR: _____

Ciclos: _____

Planif. Familiar: _____

Examen Físico: _____

Laboratorios: _____

Ultrasonido: _____

Impresión Clínica: _____

Tratamiento: _____