



**HISTEROSALPINGOGRAMA (HSG)**  
**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**  
 (HYSTEROSALPINGOGRAM (HSG) / PATIENT INFORMATION)

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **ACC#:** \_\_\_\_\_ **MRN:** \_\_\_\_\_

1. ¿Le han hecho alguna vez este examen?      Sí       NO       En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?  
 \_\_\_\_\_

2. ¿Ha estado alguna vez embarazada?      Sí       NO   
 Por favor, liste las fechas: \_\_\_\_\_  
 Número de partos: \_\_\_\_\_  
 ¿Fue un parto vaginal?      Sí       NO

3. ¿Está intentando quedar embarazada?      Sí       NO

4. ¿Ha tenido alguna vez cirugías pélvicas como ser D & C, ligadura de trompas, etc.?      Sí       NO   
 En caso afirmativo, por favor liste el(los) procedimiento(s) y la(s) fecha(s): \_\_\_\_\_

5. ¿Cuándo fue el primer día de su ciclo menstrual? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuándo se detuvo su ciclo menstrual? \_\_\_\_\_

7. ¿Está tomando alguna droga de fertilidad?      Sí       NO       En caso afirmativo, por favor liste:  
 \_\_\_\_\_

8. ¿Está actualmente tomando algún antibiótico?      Sí       NO       En caso afirmativo, por favor liste:  
 \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos o a otra cosa?      Sí       NO   
 En caso afirmativo, por favor liste: \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene algún motivo para creer que está embarazada?      Sí       NO

11. ¿Se le ha realizado recientemente algún diagnóstico por imágenes pélvico como un ultrasonido o rayos X?  
 Sí       NO

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Office Use ONLY**

Comments: \_\_\_\_\_

Technologist Signature/Initials: \_\_\_\_\_ Print Technologist Name: \_\_\_\_\_

Clinic Location: \_\_\_\_\_