

FORMATO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA _____

PACIENTE _____

EDAD _____

- | | | |
|--|------|------|
| ¿ Tiene un ayuno entre 8 a 14 horas ? | (SI) | (NO) |
| ¿ Tomo algún medicamento antes de venir ? | (SI) | (NO) |
| ¿ Cual medicamento ? _____ | | |
| ¿ Realizó ejercicio antes de venir ? | (SI) | (NO) |
| ¿ Ingerió bebidas alcohólicas en las ultimas 24 hrs. | (SI) | (NO) |
| ¿ Se encuentra en período menstrual ? | (SI) | (NO) |

Solo aplica a PSA		
¿ Le han hecho alguna valoración prostática previa ?	(SI)	(NO)
¿ Hace cuanto tiempo ? _____		
¿ Cumple la abstinencia sexual de 5 días ?	(SI)	(NO)

Observaciones:

FECHA _____

PACIENTE _____

EDAD _____

- | | | |
|--|------|------|
| ¿ Tiene un ayuno entre 8 a 14 horas ? | (SI) | (NO) |
| ¿ Tomo algún medicamento antes de venir ? | (SI) | (NO) |
| ¿ Cual medicamento ? _____ | | |
| ¿ Realizó ejercicio antes de venir ? | (SI) | (NO) |
| ¿ Ingerió bebidas alcohólicas en las ultimas 24 hrs. | (SI) | (NO) |
| ¿ Se encuentra en período menstrual ? | (SI) | (NO) |

Solo aplica a PSA		
¿ Le han hecho alguna valoración prostática previa ?	(SI)	(NO)
¿ Hace cuanto tiempo ? _____		
¿ Cumple la abstinencia sexual de 5 días ?	(SI)	(NO)

Observaciones:
