



Programas para la Detección del Cáncer:  
Cada Mujer Vale

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Preguntas sobre LA SALUD DE SU CERVIX

**Por favor, conteste las preguntas siguientes.  
Al lado izquierdo, marque con una "X" su respuesta.**

Si No

1. ¿Ha tenido alguna vez resultados anormales de su (el Papanicolau)?
2. ¿Alguna vez le ha dicho su médico que tiene que regresar antes del año a que le hagan otro examen Pap?
3. ¿Alguna vez ha tenido cáncer de la cervix?
4. ¿Alguna vez le han encontrado cambios anormales en las células de la cervix?
5. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para cáncer o para las células anormales de la cervix?
6. ¿Ha tenido relaciones sexuales con más de una persona durante el transcurso de su vida?
7. ¿Cree usted que su pareja(s), con quien sostiene relaciones sexuales, haya tenido relaciones con otras personas? (Durante el transcurso de su vida.)
8. ¿Ha fumado cigarrillos durante los últimos 12 meses?
9. ¿Ha tomado algún medicamento con esteroides para curarse de alguna enfermedad? (Por ejemplo, Prednisona.)
10. ¿Ha recibido used algún órgano donado? (Por ejemplo, un riñón, corazón, o hígado.)
11. ¿Alguna vez le han dicho que usted tenía una enfermedad sexual? (Este tipo de enfermedad se contrae por medio de relaciones sexuales, como la sífilis, clamidia, o el herpes.)
12. ¿Alguna vez le han dicho que tiene herpes genital o verrugas genitales? (En la área pélvica.)
13. ¿Alguna vez le han dicho que tiene el VIH o SIDA?
14. ¿Tuvo usted relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años?

Hablé con el paciente sobre estas preguntas \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(I have talked about this questionnaire with the patient.)

Médico/Clinician initials

Fecha/Date

**Please keep a copy of this questionnaire in the medical record for as long as the patient takes part in BCCCP.**