

Reversión de Trompas Cuestionario

Complete este formulario antes de enviar por fax o llamando, por favor.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal:

Cuál es su mejor número de teléfono: _____

¿Cuántos años tiene? _____ Fecha de nacimiento:

¿Cuánto pesa? _____ ¿Cuánto mide? _____

Si tiene más de 200 libras, ¿diría usted es la mayoría de la grasa en el vientre?

¿Cuántos embarazos? _____

¿Los resultados de cada embarazo? _____

¿Ha tenido una cesárea? _____

Si es así, ¿Cuántos? _____

¿Cuánto tiempo desde su ligadura de trompas? _____

¿Sabe qué método se utilizó para “ligar los tubos”? _____

¿Ha contactado al hospital para recibir una copia del informe operativo? _____

Por favor, indique cualquier cirugías previas que tuvo? _____

¿Tiene algún problema médico? _____

¿Está tomando algún medicamento? _____

¿Cuántos niños más le gustaría tener? _____

¿Dónde vive? _____

¿Su pareja ha tenido un análisis de semen? _____