

 Laboratorio de Investigación Hormonal <small>LABORATORIO CLÍNICO GENERAL Y ESPECIALIZADO</small>	ENCUESTA COMPLEMENTARIA ESPERMOGRAMA	CÓDIGO: FOPRE117
		VERSIÓN: 04
	FORMATO	VIGENCIA: FEB DE 2021
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: _____

CODIGO _____

Esta prueba se realiza bajo la orden médica del Doctor _____

Le rogamos conteste las preguntas que se formulan a continuación con el fin de ayudar en la evaluación de su examen. Todos los datos son confidenciales. GRACIAS.

1. ¿Usted fuma? _____
2. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? _____ En caso afirmativo con que frecuencia _____
3. ¿Está tomando medicamentos? _____
¿Cuáles? _____
4. ¿Ha sufrido de Enfermedades de Transmisión Sexual?: SI _____ NO _____
¿Cuál y cuándo? _____
¿tratamiento? _____
5. ¿Ha tenido hijos? _____
¿Cuántos años tienen sus hijos? _____
6. ¿Se ha hecho este examen anteriormente? _____
7. ¿Con _____ que _____ frecuencia _____ tiene _____ relaciones sexuales? _____
8. Días de abstinencia sexual (mínimo 3 máximo 5 días) _____

Hora de recolección: _____ pH: _____ Volumen: _____

Licuefacción: Completa (20-60 min) _____ Incompleta (Mayor de 60 min) _____

Viscosidad: Normal _____ Alta: _____

Bacterióloga que diligencio: _____