

**Dominion Fertility  
Suite 301  
46 S. Glebe Rd.  
Arlington, VA 22204**

Mantenimiento de salud de rutina

**EVALUACIÓN DE RUTINA PARA MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE  
PACIENTES EN TRATAMIENTO PARA LA INFERTILIDAD**

El Dr. DiMattina y el Dr. Gordon son médicos endocrinólogos especialistas en el sistema reproductivo certificados por el Consejo Médico, cuya práctica está limitada al tratamiento de pacientes infértiles. El enfoque de nuestra práctica es la infertilidad, pero deseamos que nuestros pacientes tengan su evaluación de rutina para mantenimiento de la salud según lo recomendado por diversas organizaciones profesionales tales como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos así como la Asociación Americana de Médicos.

Todas las mujeres en edad de concebir deben someterse a la prueba de Papanicolaou una vez al año. Desde su introducción, la prueba de Papanicolaou ha reducido considerablemente la incidencia de cáncer del útero en todo el mundo. El Dr. DiMattina y el Dr. Gordon no realizan las pruebas de Papanicolaou como parte de su evaluación de pacientes y cuentan con que las pacientes mantienen su relación con su obstetra/ginecólogo general o internista para este tipo de evaluaciones de mantenimiento de la salud. Las pacientes necesitan estar al día en lo que se refiere a esta evaluación de salud sumamente importante.

Adicionalmente, creemos que las pacientes que tienen entre 35 y 40 años deben someterse a una mamografía de referencia y a mamografías anuales a partir de los 40 años. Si bien esto representa un método de detección agresivo, recomendamos a las pacientes que conversen con su médico personal respecto a las diversas recomendaciones sobre la mamografía anual.

Si usted actualmente no tiene un ginecólogo/obstetra general, internista o médico de familia, solicite sugerencias a fin de poder iniciar su atención de rutina con dicho personal facultativo.

Por favor indique, firmando a continuación, que ha leído y entendido los comentarios anteriores respecto a la evaluación de rutina para mantenimiento de la salud de mujeres que están en edad de concebir:

\_\_\_\_\_  
Firma de la paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la paciente (en letra de imprenta o escrito a máquina)

