

Día de la Mujer Latina

DATE: \_\_\_\_\_

“Mi Hermana”

Name/*Nombre*: \_\_\_\_\_ Last/*Apellido* \_\_\_\_\_

Address/*Dirección*: \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ City/*Ciudad* \_\_\_\_\_

Telephone/*Teléfono* \_\_\_\_\_ Email/ *Correo Electrónico* \_\_\_\_\_

**Gender:**  Female/*Mujer*  Male/*Hombre*

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*): \_\_\_\_\_

Month/*mes* Day/*día* Year /*año*

City & Country of Birth (*Ciudad y País de nacimiento*): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Have you had in the last 12 months **¿Ha tenido usted en los últimos 12 meses?**

Clinical Breast Exam/**Examen clínico de seno**  Yes/Sí  No

A mammogram/**Mamografía**  Yes/Sí  No

A Pap Smear/ **Papanicolaou/examen pélvico**  Yes/Sí  No

11. Date of last menstrual period/**Fecha de su última menstruación/periodo** \_\_\_\_\_

---

Día de la Mujer Latina

DATE: \_\_\_\_\_

“Mi Hermana”

Name/*Nombre*: \_\_\_\_\_ Last/*Apellido* \_\_\_\_\_

Address/*Dirección*: \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ City/*Ciudad* \_\_\_\_\_

Telephone/*Teléfono* \_\_\_\_\_ Email/ *Correo Electrónico* \_\_\_\_\_

**Gender:**  Female/*Mujer*  Male/*Hombre*

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*): \_\_\_\_\_

Month/*mes* Day/*día* Year /*año*

City & Country of Birth (*Ciudad y País de nacimiento*): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Have you had in the last 12 months **¿Ha tenido usted en los últimos 12 meses?**

Clinical Breast Exam/**Examen clínico de seno**  Yes/Sí  No

A mammogram/**Mamografía**  Yes/Sí  No

A Pap Smear/ **Papanicolaou/examen pélvico**  Yes/Sí  No

11. Date of last menstrual period/**Fecha de su última menstruación/periodo** \_\_\_\_\_

---