

## Pelosi Medical Center

## Cuestionario de Evaluación de Salud Femenina

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

Marca el casillero apropiado para cada síntoma que estés experimentando.

SYMPTOMS	NING	LEV	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
Agotamiento físico (fatiga, falta de energía, vigor o motivación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sueño (dificultad para conciliar el sueño o dificultad para dormir durante toda la noche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad (cambios de ánimo, agresividad, te enojas con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad (sensación de agobio, pánico o nerviosismo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución del deseo o del interés (pérdida del "entusiasmo por la vida", sensación de desánimo o tristeza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas en articulaciones y músculos (dolor de articulaciones, debilidad muscular, mala recuperación después de hacer ejercicio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades con la memoria (concentración, encontrar la palabra correcta o retener información)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dequedad en la vagina o dificultad con el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas sexuales (cambios en el deseo, en la actividad sexual, en el orgasmo y/o en la satisfacción)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudoración (sudoración nocturna o mayor cantidad de episodios de sudoración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofocos (sensación repentina de calor que comienza en el pecho y dura poco tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caída de Cabello, devilitamiento o cambio en la textura del cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentir frío todo el tiempo, tener las manos o los pies fríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza o migrañas (aumento de frecuencia o intensidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peso (dificultad para bajar de peso a pesar de la dieta y el ejercicio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de vejiga (dificultad para orinar, mayor necesidad de orinar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oras síntomas o circunstancias de salud únicas a considerar:

---



---



---



---