



ENCUESTA DE SALUD PARA LAS MUJERES

Por favor ponga una 'x' en los síntomas que ha experimentado desde la última consulta.

PLACE LABEL HERE, IF AVAILABLE
IF NOT, FILL IN FOLLOWING INFORMATION:

PATIENT NAME: _____

HISTORY NUMBER: _____

PATIENT DATE OF BIRTH: _____

LOCATION OF SERVICE: _____

DATE OF SERVICE: _____

GENERAL

- Aumento de peso
- Pérdida de peso
- Cansancio
- Sudor
- Suda por la noche
- Fiebre
- Escalofríos

PIEL

- Salpullidos
- Comezón
- Llagas
- Ronchas
- Cambio en los lunares
- Pérdida de cabello

OJOS

- Usa lentes
- Visión borrosa
- Doble visión
- Manchas
- Rojez
- Dolor
- Cambio en la vista

OÍDOS

- Dolor
- Pérdida de audición
- Tiene zumbidos
- Supuración

NARIZ Y CAVIDAD NASAL

- Infecciones
- Sangrado
- Supuración postnasal
- Fiebre del heno/alergia
- Problemas con el olfato

BOCA

- Dentadura
- Problemas de encías
- Dolor de muelas
- Dolor de garganta
- Ronquera

RESPIRACIÓN

- Sibilancia en el pecho
- Falta de respiración
- Tos
- Tos con sangre

CARDIOVASCULAR

- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Latido de corazón irregular
- Soplo de corazón
- Hinchazón en los tobillos
- Alta presión
- Problemas de respiración al estar acostada
- Se despierta en las noches por falta de respiración
- Dolor en las pantorrillas al caminar

MUJER

- Primer día de su último periodo: _____
- Aún sigue menstruando
 - Activa sexualmente
 - Periodos irregulares
 - Periodos muy densos
 - Cólicos / dolor
 - Falta de periodos
 - Dolor de seno
 - Problemas sexuales
 - Desecho vaginal
 - Manchas entre periodos
 - Bultos en los senos
 - Síntomas de menopausia
 - Abortos
 - Secreción del pezón
 - Historial de Papanicolaou anormales
 - Relaciones sexuales dolorosas
 - Anticonceptivo actual: _____

ESTÓMAGO E INTESTINOS

- Cambio en el apetito
- Indigestión
- Agruras
- Dolor
- Diarrea
- Ictericia
- Estreñimiento
- Hemorroides
- Hernia
- Sangre en el vómito
- Sangre en las heces fecales
- Dificultad al tragar
- Náuseas / vómitos
- Heces fecales negras
- Cambios en los hábitos de evacuación

TRACTO URINARIO

- Orina con frecuencia
- Dolor al orinar
- Cálculos en los riñones
- Orina por las noches
- Urgencia
- Batalla para iniciar el flujo de la orina
- Sangre en la orina
- Flujo de orina lento o débil
- Goteo de la orina

SANGRE

- Moretones
- Tendencia a sangrar
- Anemia
- Transfusión de sangre (año _____)

Por favor, gire la página →

SISTEMA NERVIOSO Y PSICOLÓGICO

- Migrañas
- Ansiedad
- Pensamientos de suicidio
- Ataques epilépticos
- Mareos
- Adormecido en cualquier área del cuerpo
- Debilidad en cualquier área del cuerpo
- Episodios de desmayos
- Problemas con la memoria
- Depresión
- Problemas con dormir o insomnia

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió decaída, con depresión o sin esperanza?

- Nunca
- Más de la mitad de los días
- Varios días
- Casi todos los días

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia sintió poco interés o placer en hacer cosas?

- Nunca
- Más de la mitad de los días
- Varios días
- Casi todos los días

No se siente segura en su casa o en su relación actual

GLANDULAR

- Bocio
- Problemas de tiroides
- Intolerancia al calor
- Intolerancia al frío
- Azúcar elevado en la sangre
- Azúcar bajo en la sangre

MÚSCULOS Y COYUNTURAS

- Coyunturas adoloridas
- Coyunturas hinchadas
- Rigidez
- Dolor de espalda
- Gota
- Debilidad muscular

HÁBITOS / OTROS

¿Usa bebidas alcohólicas? Sí No
¿Qué tipo?: _____

Cantidad por semana: _____

¿Fuma? Sí No
¿Cantidad de cajetillas por día? _____

¿Por cuántos años? _____

¿Fumaba en el pasado? Sí No
¿Cantidad de cajetillas por día? _____

¿Por cuántos años? _____

¿Mastica tabaco? Sí No

Cantidad por semana: _____

¿Toma café? Sí No

Tazas por día: _____

¿Ha usado drogas recreativas? Sí No

Tipos: _____

¿Hace ejercicio regularmente? Sí No
Número de caídas este año: _____

¿Usa cinturón de seguridad con regularidad? Sí No
¿Le preocupa caerse? Sí No

¿Tiene una directiva de atención a la salud anticipada o un testamento en vital? Sí No