

Para la ronda 1 del CDSS

Nombre: _____ Fecha: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Altura: _____

¿Está embarazada o intentando concebir?	Sí	No			
¿Se ha realizado una mamografía recientemente (en los últimos 12 meses)?	Sí	No			
¿Ha tenido una histerectomía?	Sí	No			
En caso afirmativo, tipo de histerectomía:	Completa (útero y ovarios extirpados)		Parcial (solo se extirpó el útero)		
¿Tuvo su menstruación (en los últimos 12 meses)?	Sí	No			
¿Ha tenido una ablación endometrial?	Sí	No			
¿Está utilizando anticonceptivos?	Sí	No			
Nombre del método anticonceptivo: _____					
¿Está actualmente utilizando BHRT o HRT?	Sí	No			
En caso afirmativo, seleccione los tipos de hormonas:	Testosterona	Progesterona	Estrógeno	Tiroidea	
Indique el nombre y la dosis de la(s) hormona(s): _____					
¿Está actualmente tomando estatinas?	Sí	No			
¿Fuma?	Sí	No			
¿Está actualmente tomando nitratos orales?	Sí	No			

Seleccione todas las opciones que correspondan:

- Ataque cardíaco o derrame cerebral (en los últimos 6 meses)
- Taquicardia
- TVP o coágulo sanguíneo (en los últimos 6 meses)
- Hipertensión
- Hiperlipidemia
- Apnea obstructiva del sueño
- Fibrilación auricular

Síndrome premenstrual
Endometriosis o antecedentes de endometriosis
Mastitis quística
Fibroma o antecedentes de fibroma
Pólipos o antecedentes de pólipos endometriales

Cáncer de mama o antecedentes de cáncer de mama

Cáncer de endometrio

Cáncer de cuello uterino

Cáncer de ovarios

Cáncer de tiroides o antecedentes de cáncer de tiroides

A excepción del carcinoma basocelular,
¿algún otro tipo de cáncer?

- Epilepsia o trastorno convulsivo
- Depresión/Ansiedad
- Trastornos psiquiátricos
- Migraña con aura
- Meningioma



HISTORIAL DE SALUD Y SÍNTOMAS FEMENINO

Para la ronda 1 del CDSS

HISTORIA CLÍNICA

Endocrinología y metabolismo:

Síndrome de ovario poliquístico (PCOS)
Diabetes tipo 2 o resistencia a la insulina
Hipertiroidismo
Hipotiroidismo
Neoplasia endocrina múltiple tipo 2

Enfermedades autoinmunes:

Diabetes tipo 1
Tiroiditis de Hashimoto
Enfermedad de Graves
Artritis reumatoide
Esclerosis múltiple
Lupus sistémico (eritematoso)
Psoriasis
Síndrome del intestino irritable (SII)
Enfermedad de Crohn
Colitis ulcerosa

Trastornos de órganos específicos:

Enfermedad del hígado o antecedentes de enfermedad del hígado
Enfermedad de riñones o antecedentes de enfermedad de riñones
LAM (Linfangioleiomiomatosis)
Osteoporosis u osteopenia
VIH
Hepatitis
Hemocromatosis
Pancreatitis o antecedentes de pancreatitis
Enfermedad o antecedentes de enfermedad de la vesícula biliar
Policitemia Vera (PV)

SÍNTOMAS Y SEÑALES DE PREOCUPACIÓN

Seleccione todas las opciones que correspondan:

Sofocos	Manos o pies fríos
Sudoración nocturna	Uñas quebradizas
Sequedad vaginal	Piel seca o descamada
Disminución del interés en las relaciones sexuales	Falta de energía (fatiga)
Incapacidad o dificultad para alcanzar el orgasmo	Pérdida de masa muscular
Relaciones sexuales dolorosas	Acné
Incontinencia urinaria	Vello facial
Infecciones urinarias frecuentes	Ojos secos
Sensibilidad en las mamas	Dolor de articulaciones
Aumento de peso	Dificultad para dormir
Caída del cabello	Pensamientos continuos a la hora de dormir
Debilitamiento del cabello	Comer por estrés
Debilitamiento de las cejas	