

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# EVALUACIÓN DE SALUD DE LA MUJER

¿Cuál de los síntomas a continuación aplican para usted en este momento (en las últimas 2 semanas)? Marque el casillero correspondiente para cada síntoma. Para los síntomas que no aplican en este momento o ya no aplican, marque "ausente".

Síntomas	Ausente (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Intenso (3)	Muy intenso (4)
Sofocos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudoración (sudores nocturnos o más episodios de sudoración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sueño (tiene dificultad para conciliar el sueño, duerme muchas horas en la noche o se despierta muy temprano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo depresivo (se siente decaída, triste, al borde de las lágrimas, sin motivación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad (cambios de humor, sensación de agresividad, se enoja con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad (inquietud interna, sensación de pánico, de nervios, tensión interna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansancio físico (descenso general en la fuerza muscular o resistencia, descenso en el desempeño laboral, fatiga, falta de energía, resistencia o motivación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas sexuales (cambio en el deseo sexual, la actividad sexual, los orgasmos o la satisfacción)	<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, incontinencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas vaginales (sensación de sequedad o ardor en la vagina, dificultad durante la relación sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas en las articulaciones y los músculos (dolor o inflamación de las articulaciones, debilidad muscular, mala recuperación después del ejercicio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades con la memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para pensar, concentrarse o razonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para aprender algo nuevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para pensar en la palabra correcta para describir personas, lugares o cosas al hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento en la frecuencia o intensidad de los dolores de cabeza o las migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de cabello, cabello quebradizo o con textura diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frío constante o manos o pies fríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de peso o dificultad para perderlo a pesar de hacer dieta y ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel seca o agrietada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntuación total	_____				

Puntuación de intensidad: Leve: 1-20/Moderado: 21-40/Intenso: 41-60/Muy intenso: 61-80