

Nombre: _____

Fecha: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____ Domicilio: _____

Alergias, si las hay:

Suplementos y medicamentos que toma actualmente, y sus dosis: _____

Antecedentes quirúrgicos, si los hay:

¿Cuántos gramos de proteína consumes al día?:

Resumen de síntomas: Marca los síntomas que estás experimentando	No aplicable	Moderado	Severo
Agotamiento físico (fatiga, falta de energía, resistencia o motivación)	☐	☐	☐
Problemas de sueño (dificultad para conciliar el sueño o para dormir toda la noche)	☐	☐	☐
Sofocos (sensación de calor que comienza en el pecho y dura poco tiempo)	☐	☐	☐
Síntomas articulares y musculares (dolor articular, debilidad muscular, mala recuperación tras el ejercicio)	☐	☐	☐
Dificultades de memoria (concentración, encontrar la palabra adecuada o retener información)	☐	☐	☐
Sequedad vaginal, dificultad para mantener relaciones sexuales o dolor durante las mismas	☐	☐	☐
Problemas sexuales (cambios en el deseo, la actividad, el orgasmo y/o la satisfacción)	☐	☐	☐
Sudoración (sudores nocturnos o aumento de los episodios de sudoración)	☐	☐	☐
Pérdida de cabello, adelgazamiento o cambio en la textura del cabello	☐	☐	☐
Sentir frío constantemente, tener las manos o los pies fríos	☐	☐	☐
Problemas de vejiga (dificultad para orinar, aumento de la necesidad de orinar, incontinencia)	☐	☐	☐
Peso (dificultad para adelgazar a pesar de la dieta y el ejercicio)	☐	☐	☐
Sensibilidad en los senos	☐	☐	☐
Uñas quebradizas	☐	☐	☐
Piel seca o escamosa	☐	☐	☐
Disminución de la masa muscular	☐	☐	☐

Preguntas de los Pacientes

Fecha de la última mamografía (¿el resultado fue normal o anormal?):

Fecha de la última PAP (¿fue normal o anómala?):

Fecha de la última ecografía pélvica (¿fue normal o anómala?):

Fecha de la última colonoscopia (¿fue normal o anómala?):

Está embarazada o está intentando concebir: ☐ Sí ☐ No

Fecha del último ciclo menstrual: _____

¿Estás tomando anticonceptivos? ☐ Sí ☐ No

Si es así, nombre del anticonceptivo: _____

Fecha del último reconocimiento médico (¿fue normal o anómalo?):

¿Te han hecho una histerectomía? ☐ Sí ☐ No

Si respondiste que sí, indica lo siguiente:

☐ Completa (extirpación del útero y los ovarios)

☐ Parcial (solo se extirpa el útero)

¿Estás tomando terapia de reemplazo hormonal biote (BHRT) o terapia de reemplazo hormonal (HRT) ahora? ☐ Si ☐ No

Si respondiste que sí, ¿qué tipo de hormonas (testosterona, progesterona, estrógeno o tiroideas)? Indica la dosis de las hormonas:

Preguntas de los Pacientes	Si	No
¿Fumas?	☐	☐
¿Está tomando nitratos orales en este momento?	☐	☐
¿Estás tomando estatinas?	☐	☐
¿Te han hecho una ablación endometrial?	☐	☐

Historial Médico:

Enfermedades Cardiovasculares:

- ☐ Ataque cardíaco o derrame cerebral (dentro de 6 meses)
- ☐ TVP o coágulo sanguíneo (dentro de 6 meses)
- ☐ Hipertensión
- ☐ Hiperlipidemia
- ☐ Apnea Obstructiva del Sueño
- ☐ Taquicardia
- ☐ Fibrilación Auricular

Afecciones Ginecológicas:

- ☐ Síndrome Premenstrual
- ☐ Enfermedad Fibroquística de la Mama
- ☐ Endometriosis o antecedentes de endometriosis
- ☐ Fibromas o Antecedentes de Fibromas
- ☐ Historial de Pólipos Endometriales

Cancer:

- ☐ Cáncer de Mama
- ☐ Cáncer de Endometrio
- ☐ Cáncer de Cuello Uterino
- ☐ Cáncer de Ovario
- ☐ Cáncer de tiroides o antecedentes de cáncer de tiroides
- ☐ Otros tipos de cáncer, excepto el carcinoma basocelular
- ☐ Meningioma

Afecciones Neurológicas:

- ☐ Epilepsia o Trastorno Convulsivo
- ☐ Depresión/Ansiedad

Endocrino y Metabólico:

- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Neoplasia Endocrina Múltiple Tipo 2
- ☐ Diabetes Tipo 2 o Resistencia a la Insulina
- ☐ SOP

Enfermedades Autoinmunes:

- ☐ Diabetes Tipo 1
- ☐ Esclerosis múltiple
- ☐ SII (Síndrome del Intestino Irritable)
- ☐ Tiroiditis de Hashimoto
- ☐ Lupus Sistémico (Eritematoso)
- ☐ Enfermedad de Crohn
- ☐ Enfermedad de Graves
- ☐ Psoriasis
- ☐ Colitis Ulcerosa
- ☐ Artritis Reumatoide

Afecciones Específicas de Organos:

- ☐ Enfermedad hepática o antecedentes de enfermedad hepática
- ☐ LAM (linfangioleiomiomatosis)
- ☐ Osteoporosis u osteopenia
- ☐ Hepatitis
- ☐ VIH
- ☐ Hemocromatosis
- ☐ Pancreatitis o Antecedentes de Pancreatitis
- ☐ Enfermedad renal o antecedentes de enfermedad renal
- ☐ Antecedentes de enfermedad de la vesícula biliar

¿Hay algo más que te gustaría comentar con tu proveedor?:
