



Cuestionario Femenino de Reemplazo de Hormonas Bio-Identicas

Datos Personales			
Nombre:	Fecha:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Cod. Postal:
Telf. de casa:	Celular:	Telf. de Trabajo:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:		
Correo Electrónico:			
Medico de Cabecera			
Nombre:	Teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Cod. Postal:

Síntomas Actuales
<p>Por favor describa brevemente sus síntomas</p>
<p>¿Cuál considera Ud. que es el factor mas importante de sus síntomas actuales?</p>

Historia Médica	
Por favor nombre todos los problemas médicos o enfermedades de las que padece o ha padecido. Incluya hospitalizaciones y accidentes con fechas aproximadas.	
Fecha	Diagnosís Médica, enfermedad, accidente

Historia Quirúrgica	
Fecha	Cirugías

Medicamentos		
Por favor nombre todas las medicinas que le han sido recetadas. Incluya todas las medicinas de venta libre, suplementos y vitaminas .		
Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia

Alergia
¿Es alérgica a algún medicamento (por receta o de venta libre)?

Historia Familiar		
Por favor mencione TODAS las enfermedades (problemas cardíacos, derrames, diabetes, hipertensión, cáncer (seno, cervical, próstata, pulmones, piel, sangre, etc.). Si algún familiar ha fallecido por favor mencione su edad y causa de muerte, si es conocida.		
Relación	Edad	Problema Médico / Causa de muerte
Madre		
Padre		
Hermanos		
Hermanas		
Hijos		
Esposo		

Historia Social
Por favor recuerde que esta información es estrictamente confidencial y será utilizada únicamente para analizar sus síntomas y/o quejas.
<p>¿Usted fuma o lo ha hecho en el pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si su respuesta fue si, ¿Cuántas cajetillas al día? _____ • ¿Cuántos años ha fumado en total? _____ <p>¿Consume alcohol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si su respuesta es si, ¿Cuántas copas y de que tipo (vino, cerveza, licor, etc.) bebe en promedio durante una semana? _____. <p>¿Ha consumido algún tipo de droga ilícita en el pasado? (marihuana, anfetaminas, narcóticos, psicodélicos, cocaína, etc.)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si su respuesta fue si, ¿Qué sustancia y con que frecuencia? _____

Historia Ginecológica		
Fecha de su ultima prueba de Papanicolau (PAP smear) _____ Doctor que lo realizo _____ Fecha de su último mamograma _____ Lugar donde fue realizado _____		
	SI	NO
¿Ha tenido alguna vez un PAP smear anormal? Si su respuesta es si, ¿Cuál fue la anormalidad y que seguimiento se tomó? _____		
¿Ha tenido alguna vez un mamograma anormal? Si su respuesta es si, ¿Cuál fue la anormalidad y que seguimiento se tomo? _____		
¿Ha tenido alguna vez un ultrasonido pélvico? Si su respuesta es si, ¿Por qué y que se encontró? _____		
¿Alguna vez le han realizado una biopsia al seno?		
¿Alguna vez le han realizado una biopsia cervical?		
¿Ha notado algún cambio en la piel de sus senos o pezones?		
¿Utiliza algún método anticonceptivo? Si su respuesta es si, ¿Qué tipo?		
¿Aún tiene períodos menstruales? ¿Cuándo fue el primer día de su último período? _____		
Por favor describa si tiene algún problema con sus períodos. Periodo es/eran: <input type="checkbox"/> regulares <input type="checkbox"/> irregulares <input type="checkbox"/> dolorosos <input type="checkbox"/> cólicos <input type="checkbox"/> pesados <input type="checkbox"/> ligeros		
Edad en la que empezaron: _____ # de días de sangrado _____ Duración del ciclo _____		
Si ya no tiene períodos, ¿A qué edad se detuvieron? _____ Si su período se detuvo hace menos de un año, ¿Hace cuántos meses fue su último período? _____		
¿Sus períodos se detuvieron por que tuvo una histerectomía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál fue el motivo de la cirugía? _____ • ¿Removieron sus ovarios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se 		
Si alguna vez estuvo embarazada, cual es el total de: _____ Hijos _____ Pérdidas _____ Abortos Terapéuticos		
¿Tiene historia de alguno de los siguientes canceres? <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Ovarios <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Útero <input type="checkbox"/> Trompas de Falopio _____ <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Seno _____ <input type="checkbox"/> Cerviz <input type="checkbox"/> Colon _____		

Estrógenos	
Marque cuáles de estos síntomas son problemáticos y han persistido con el tiempo.	
Deficiencia de Estrógeno	Desbalance de Estrógeno y Progesterona
<input type="checkbox"/> Bochornos <input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos <input type="checkbox"/> Sequedad Vaginal <input type="checkbox"/> Pensamiento Nublado <input type="checkbox"/> Lapsos de Memoria <input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria <input type="checkbox"/> Lagrimeos <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Alteraciones del Sueño <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Pérdida de Masa Ósea <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Ataques de Pánico <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias	<input type="checkbox"/> Cambios de Ánimo <input type="checkbox"/> Quistes de Ovario <input type="checkbox"/> Sensibilidad en los Senos <input type="checkbox"/> Flujo Pesado <input type="checkbox"/> Retención de Líquidos <input type="checkbox"/> Antojos de Azúcar <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Quistes o Fibromas en los Senos <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza <input type="checkbox"/> Baja Temperatura Corporal <input type="checkbox"/> Fibromas Uterinos <input type="checkbox"/> Ganancia de Peso - Caderas <input type="checkbox"/> Cambios en el Sangrado <input type="checkbox"/> Triglicéridos Elevados <input type="checkbox"/> Cáncer al Seno <input type="checkbox"/> Bajo Libido <input type="checkbox"/> Infertilidad

Andrógenos	
Marque cuáles de estos síntomas son problemáticos y han persistido con el tiempo.	
Exceso de Andrógenos	Deficiencia de Andrógenos
<input type="checkbox"/> Aumento de Vello Facial <input type="checkbox"/> Aumento de Vello Corporal <input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Piel Grasa <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Quistes de Ovario <input type="checkbox"/> Triglicéridos Elevados <input type="checkbox"/> Alteraciones del Sueño <input type="checkbox"/> Cáncer al Seno	<input type="checkbox"/> Libido Bajo <input type="checkbox"/> Sequedad Vaginal <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Dolores <input type="checkbox"/> Lapsos de Memoria <input type="checkbox"/> Pensamiento Nublado <input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Alteraciones del Sueño <input type="checkbox"/> Pérdida de Masa Ósea <input type="checkbox"/> Disminución de Masa Muscular <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Adelgazamiento de piel

DHEA	
Marque cuáles de estos síntomas son problemáticos y han persistido con el tiempo.	
<input type="checkbox"/> Mi cabello es seco <input type="checkbox"/> No tengo mucho tejido adiposo en el área púbica <input type="checkbox"/> Mis ojos y piel son secos <input type="checkbox"/> Mi cuerpo no tiene un olor especial durante el sexo <input type="checkbox"/> Mis músculos son flácidos <input type="checkbox"/> No puedo tolerar ruidos <input type="checkbox"/> Me está engordando el abdomen	<input type="checkbox"/> No tengo mucho vello bajo los brazos <input type="checkbox"/> No tengo mucho vello en mi área púbica <input type="checkbox"/> Mi libido es bajo

Hormona del Crecimiento	
Marque cuáles de estos síntomas son problemáticos y han persistido con el tiempo.	
<input type="checkbox"/> No me siento bien constantemente	<input type="checkbox"/> Siento que estoy envejeciendo rápidamente
<input type="checkbox"/> Me canso rápidamente	<input type="checkbox"/> Tengo el sueño ligero
<input type="checkbox"/> Siento que me falta paz interior	<input type="checkbox"/> Necesito por lo menos 9 horas de sueño
<input type="checkbox"/> Me cuesta trabajo recuperarme cuando me acuesto tarde	
<input type="checkbox"/> Me encuentro crónicamente ansiosa	
<input type="checkbox"/> Tengo la sensación de que me voy a desvanecer	
<input type="checkbox"/> Tengo tendencia a estar deprimida	
<input type="checkbox"/> Siento que pierdo el control	
<input type="checkbox"/> Tengo ataques de pánico/ansiedad	

Deficiencia de Pregnenolona	
Marque cuáles de estos síntomas son problemáticos y han persistido con el tiempo.	
<input type="checkbox"/> Tengo perdida de memoria	
<input type="checkbox"/> Me duelen las articulaciones (dedos, muñecas, codos, tobillos, rodillas)	
<input type="checkbox"/> Me siento un poco agotada y me es difícil lidiar con el estrés	
<input type="checkbox"/> No veo los colores tan brillantes como antes	
<input type="checkbox"/> He perdido interés/ aprecio por el arte	
<input type="checkbox"/> No tengo mucho vello bajo los brazos o en la zona púbica	
<input type="checkbox"/> Me siento mas cansada cuando reposo que cuando estoy activa	
<input type="checkbox"/> Tengo orina abundante y de color claro durante el día	
<input type="checkbox"/> Tengo baja presión arterial	
<input type="checkbox"/> Tengo antojo comidas saladas	

Adrenales		
Marque cuáles de estos síntomas son problemáticos y han persistido con el tiempo.		
Exceso de Cortisol		Deficiencia de Cortisol
<input type="checkbox"/> Problemas de Sueño	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Fatiga Temprano Durante el Día
<input type="checkbox"/> Perdida Ósea	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Antojos de Azúcar
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Estrés	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Ganancia de Peso - Cintura	<input type="checkbox"/> Baja Temperatura Corporal	<input type="checkbox"/> Sensibilidad Química
<input type="checkbox"/> Perdida de Masa Muscular	<input type="checkbox"/> Antojos de Azúcar	<input type="checkbox"/> Manejo pobre del Estrés
<input type="checkbox"/> Adelgazamiento de la Piel	<input type="checkbox"/> Bajo Libido	<input type="checkbox"/> Baja Temperatura Corporal
<input type="checkbox"/> Triglicéridos Elevados	<input type="checkbox"/> Perdida de Cabello	<input type="checkbox"/> Irritabilidad/Agresión
<input type="checkbox"/> Cáncer de Seno	<input type="checkbox"/> Aumento de Vello Facial	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Aumento de Vello Corporal	<input type="checkbox"/> Palpitaciones
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Dolores
<input type="checkbox"/> Memoria	<input type="checkbox"/> Nerviosismo	<input type="checkbox"/> Enfermedades Recurrentes

Tiroides	
Marque cuáles de estos síntomas son problemáticos y han persistido con el tiempo.	
Exceso de Tiroides	Deficiencia de Tiroides
<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor <input type="checkbox"/> Voz se ha vuelto áspera <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Perdida de Peso <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nerviosismo/ Ansiedad/Ataques de Pánico <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular <input type="checkbox"/> Dificultad para Concebir/ Infertilidad <input type="checkbox"/> Piel Seca y Áspera <input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Intolerancia al frío <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Fatiga/ Debilidad <input type="checkbox"/> Ganancia de peso inexplicable <input type="checkbox"/> Inhabilidad de perder peso <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Baja temperatura corporal <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Falta de motivación <input type="checkbox"/> Calambres musculares <input type="checkbox"/> Dolores

Resumen – Marque la casilla apropiada para cada pregunta.			
Constitucional/ ID/ Oncología	Si	No	No Se
¿Ha tenido una perdida de peso inexplicable?			
¿Le cuesta trabajo levantarse por las mañanas?			
¿Se siente cansada por la tarde?			
¿Tiene algún desorden en los huesos?			
¿Tiene fiebre o escalofríos?			
¿Tiene sudores nocturnos?			
¿Tiene hinchazón de los nódulos linfáticos?			
¿Ha sido diagnosticada con cáncer?			
¿Ha resultado positiva al VIH?			
¿Ha tenido alguna vez una enfermedad de transmisión sexual?			
Respiratorio			
¿Tiene tos?			
¿Estornuda con frecuencia?			
¿Sufre de sueño excesivo durante el día?			
¿Ronca?			
¿Ha sido diagnosticada con asma o enfisema?			

Resumen – Marque la casilla apropiada para cada pregunta.			
Cardiovascular	Si	No	No se
¿Sufre de dolores de pecho?			
¿Sufre de palpitaciones?			
¿Sufre de falta de aliento?			
¿Se le hinchan las piernas?			
¿Sufre de dolor de piernas cuando camina?			
¿Ha sido diagnosticada con algún problema cardíaco?			
¿Alguna vez ha sido diagnosticada de coágulos sanguíneos?			
Gastrointestinal			
¿Tiene problemas pasando la comida?			
¿Sufre de náuseas o vómitos?			
¿Sufre de diarrea?			
¿Ha encontrado sangre en sus heces?			
¿Sufre de dolor abdominal o hinchazón?			
¿Ha sido diagnosticada con hepatitis o daño hepático?			
Endocrino			
¿Orina frecuentemente y en cantidades mayores a lo usual?			
¿Tiene deseos de comer más allá de lo normal?			
¿Es extremadamente sedienta?			
¿Tiene vello facial?			
¿Sufre de acné?			
¿Ha sido alguna vez diagnosticada de un problema tiroideo?			
Neurológico			
¿Sufre de debilidad muscular?			
¿Ha tenido alguna vez convulsiones?			
¿Se ha desmayado alguna vez?			
¿Ha experimentado visión doble o puntos ciegos?			
¿La han diagnosticado con derrame cerebral?			
Urológico / Renal			
¿Siente ardor al orinar?			
¿Le urge orinar?			
¿Orina con más frecuencia que los demás?			
¿Gotea orina cuando se ríe o tose?			
¿Ha sufrido de algún problema renal?			

Anotaciones del Médico: