



PROGRAMA NACIONAL SALUD DE LA MUJER

ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EN EDAD DEL CLIMATERIO,

Anexo Nº 2. Formulario Complementario a MRS

Nombre _____ Ingreso fecha: _____

Edad: _____ años RUN/RUT _____ Control fecha: _____

| | | |
|---|--|---|
| Fecha de última menstruación, (regla): | Durante el último año la menstruación me llega: <input type="checkbox"/> Una vez todos los meses <input type="checkbox"/> Varias veces en un mes <input type="checkbox"/> No me llega todos los meses <input type="checkbox"/> Sangro durante todo el mes | El sangrado de mi menstruación es: <input type="checkbox"/> Igual que siempre <input type="checkbox"/> Diferente <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Con coágulos |
|---|--|---|

| | | | | |
|----|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 1 | Uso pastillas anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe o no responde |
| 2 | Uso otras hormonas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe o no responde |
| 3 | Estoy operada para no tener más hijos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe o no responde |
| 4 | Tengo útero | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe o no responde |
| 5 | Tengo ovarios (al menos uno) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe o no responde |
| 6 | Tengo pareja | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe o no responde |
| 7 | Tengo actividad sexual | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe o no responde |
| 8 | Uso antidepresivos o remedios para dormir | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe o no responde |
| 9 | Uso remedios para la diabetes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe o no responde |
| 10 | Uso remedios para la presión arterial | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe o no responde |
| 11 | Estoy en control en otros programas de mi consultorio: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sabe o no responde |
| | ¿En cuál/cuáles? | | | |