



# PROGRAMA NACIONAL SALUD DE LA MUJER

ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EN EDAD DEL CLIMATERIO, EN EL NIVEL PRIMARIO DE LA RED DE SALUD (APS). MINSAL 2013

## Anexo Nº 2. Formulario Complementario a MRS

Nombre \_\_\_\_\_  Ingreso fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ años RUN/RUT \_\_\_\_\_  Control fecha: \_\_\_\_\_

<b>Fecha de última menstruación, (regla):</b>	<b>Durante el último año la menstruación me llega:</b> <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	<b>El sangrado de mi menstruación es:</b> <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?			