

Fecha Recibido: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (M/D/A) Revisado Por: <input type="text"/>		- Adhiera la etiqueta aquí - N° Tarjeta Clínica: ____ - ____ - ____ Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____	
Tipo de Contacto: <input type="checkbox"/> ₁ Teléfono <input type="checkbox"/> ₂ Correo <input type="checkbox"/> ₃ Visita <input type="checkbox"/> ₈ Otro		Tipo de Visita: <input type="checkbox"/> ₁ Consulta de Control # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ₂ Consulta Semi-Anual # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ₃ Consulta Anual # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ₄ Consulta No Rutinaria	
PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA			

El informe público por medio de estos datos colectivos se calcula tomar 10 minutos, incluyendo el tiempo que tarde repasar las instrucciones, adquirir los datos necesarios y completar y repasar el cuestionario. Favor de dirigir sus comentarios sobre esta estimación de labor o cualquier otro aspecto de estos datos colectivos, incluyendo sugerencias para reducir esta labor, al siguiente: PHS Reports Clearance Officer, Rm. 721-B, Humphrey Building, 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201, ATTN: PRA; y a las oficinas Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (0925-0414), Washington, D.C. 20503. Favor de NO ENVIAR estos cuestionarios completados a dichas direcciones.

Las siguientes preguntas corresponden a su período menstrual (regla) y a sus partos. Nos interesa mucho tener esta información para mejor entender la reproducción de la mujer, y su salud en general. Algunas veces se le preguntará qué edad tenía Ud. cuando ocurrieron ciertas cosas. Si no está segura, por favor calcule lo mejor que pueda.

1. ¿Qué edad tenía Ud. cuando ocurrió su primer período menstrual (regla)?
- | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 9 años o menor | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 años o mayor |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ | <input type="checkbox"/> ₉ |

2. Por lo general, ¿ocurrieron con regularidad sus períodos, o sea, ocurrieron casi mensualmente? (No tome en cuenta las veces en que Ud. estaba embarazada o cuando tomaba píldoras contraceptivas.)

- ₀ No ₁ Sí
₂ A veces con regularidad y a veces no

2.1. ¿Cuántos años tenía Ud. cuando comenzaron a ocurrir sus períodos con regularidad? (Dé un cálculo aproximado.)

9 años o menor	10	11	12	13	14	15	16	17 años o mayor
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₉

Siga adelante a la próxima página.

3. ¿Cuántos años tenía Ud. cuando le ocurrió su último flujo sanguíneo menstrual (período/regla) regular? (**Dé un cálculo aproximado.**) (Si aún le ocurren períodos menstruales, marque su edad actual.)

_____ años

4. Durante el tiempo en que tuvo su primer período y el último, ¿se le paró la menstruación por más de un año? (**No cuente las veces en que estuvo embarazada o dando pecho.**)

₀ No ₁ Sí



4.1. En total, entre su primer periodo y el último, ¿cuánto tiempo estuvo sin tener la menstruación? (**Recuerde, no cuente las veces en que estuvo embarazada o dando pecho.**) (**Marque sólo un cuadro.**)

- ₁ Menos de 12 meses
₂ De 12 a 23 meses
₃ De 24 meses (2 años) a 48 meses (4 años)
₄ Más de 4 años

5. ¿Cuántos años tenía Ud. cuando le ocurrió su último flujo sanguíneo menstrual? (**Si aún le ocurren períodos menstruales, marque su edad actual.**)

_____ años

6. ¿Alguna vez ha sentido Ud. síntoma de menopausia, como bochornos o sudores nocturnos? (**Dé un cálculo aproximado.**)

₀ No ₁ Sí



6.1. ¿Qué edad tenía Ud. cuando de le comenzaron los síntomas, como bochornos o sudores nocturnos? (**Dé un cálculo aproximado.**)

_____ años

6.2. ¿Qué edad tenía Ud. cuando de último sintió los síntomas, como bochornos o sudores nocturnos? (**Si a aún le ocurren tales síntomas como bochornos o sudores nocturnos, marque su edad actual.**)

_____ años

Siga adelante a la próxima página.

7. ¿Ha estado embarazada alguna vez? Es muy importante que sepamos de todos sus embarazos, incluyendo los hijos vivos, hijos muertos, abortos naturales, embarazos ectópicos (en los tubos) y abortos provocados.

₀ No ₁ Sí
↓

7.1. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

1	2	3	4	5	6	7	8 o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

7.2. ¿Ha tenido alguna vez un embarazo que haya durado por lo menos 6 meses?

₀ No ₁ Sí
↓

7.3. ¿Cuántos de estos embarazos ha tenido Ud.?

1	2	3	4	5	6	7	8 o más
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

7.4. ¿Qué edad tenía Ud. al final de su primer embarazo que duró por lo menos 6 meses?

Menor de los 20 años	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 años o mayor
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

7.5. ¿Qué edad tenía Ud. al final de su último embarazo que duró por lo menos 6 meses?

Menor de los 20 años	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 años o mayor
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Siga adelante a la Pregunta 7.6.

En estas preguntas, favor de poner "Ninguno" si no se refieren a su caso.

7.6. ¿Cuántos hijos vivos ha tenido usted?

Ninguno	1	2	3	4	5	6	7	8 o más
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

7.7. ¿Cuántos hijos muertos ha tenido (de un embarazo que haya durado 6 meses o más)?

Ninguno	1	2	3	4	5	6	7	8 o más
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

7.8. ¿Cuántos abortos naturales ha tenido?

Ninguno	1	2	3	4	5	6	7	8 o más
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

7.9. ¿Cuántos embarazos tubáricos (ectópicos) ha tenido?

Ninguno	1	2	3	4	5	6	7	8 o más
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

Siga adelante a la próxima página.

8. ¿Alguna vez ha intentado embarazarse durante más de un año sin éxito?

- ₀ No
 ₁ Sí
 ₉ No sé

8.1. ¿Consultó al médico o a alguna clínica por no quedar embarazada?

₀ No
 ₁ Sí

8.2. ¿Se encontró la razón por la cual no quedaba embarazada?

₀ No
 ₁ Sí

₉ No sé

8.3. ¿Por qué razón no quedaba embarazada?
(Marque cada respuesta que le aplique.)

₁ Problemas con las hormonas u ovulación (producción periódica del óvulo)

₂ Problemas con las trompas o el útero

₃ Endometriosis

₄ Otro problema en su cuerpo
(Especifique): _____

₅ Problema en su pareja

₉ No sé

Siga adelante a la próxima página.

Siga adelante a la próxima página.

9. ¿Dió pecho (amamantó) a alguno de sus hijos por lo menos un mes?

₀ No

₁ Sí



9.1.	¿A cuántos hijos ha amamantado?							
	1	2	3	4	5	6	7	8 o más
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
9.2.	¿Cuántos años tenía la <u>primera</u> vez que le dió pecho a un hijo?							45 años o mayor
	Menor de los 20 años	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44		
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	
9.3.	¿Cuántos años tenía la <u>última</u> vez que le dió pecho a un hijo?							45 años o mayor
	Menor de los 20 años	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44		
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	
9.4.	Tomando en cuenta a todos los hijos que amamantó, ¿durante cuántos meses <u>en total</u> ha dado pecho? (Dé un cálculo aproximado.)							
	<input type="checkbox"/> ₁ 1-3 meses				<input type="checkbox"/> ₄ 13-23 meses			
	<input type="checkbox"/> ₂ 4-6 meses				<input type="checkbox"/> ₅ 2-4 años (24-48 meses)			
	<input type="checkbox"/> ₃ 7-12 meses				<input type="checkbox"/> ₆ Más de 4 años			

10. ¿Le han operado alguna vez para extirparle uno o ambos ovarios? **(Marque un cuadro.)**

₀ No

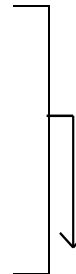
₁ Sí, me extirparon uno

₂ Sí, me extirparon ambos

₃ Sí, no sé cuantos me extirparon

₄ Sí, me extirparon parte de un ovario

₉ No sé



10.1.	¿Cuántos años tenía la <u>última</u> vez que la operaron para extirparle un ovario?							
	Menor de los 30 años	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 años o mayor
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

Siga adelante a la próxima página.

11. ¿La han operado para ligarle los tubos (trompas) para evitar embarazarse?

₀ No

₁ Sí



11.1. ¿Cuántos años tenía cuando le ligaron los tubos (trompas)?

Menor de los
30 años

30-34

35-39

40-44

45 años o
mayor

₁

₂

₃

₄

₅

12. ¿Le han hecho alguna vez una aspiración con aguja (donde el médico le inserte una aguja en una bolita [chichón] en el seno, con el fin de diagnóstico de fluido o materia)?

₀ No

₁ Sí



12.1. ¿Cuántas aspiraciones con aguja le han hecho?

1

2

3

4 o más

₁

₂

₃

₄

13. ¿Le han hecho alguna vez una biopsia del seno (donde el médico extirpa toda o parte de una bolita [chichón] en el seno, con el fin de diagnóstico de cáncer)?

₀ No

₁ Sí



13.1. ¿Cuántas biopsias le han hecho?

1

2

3

4 o más

₁

₂

₃

₄

Siga adelante a la próxima página.

14. ¿Se ha operado para aumentar el tamaño del busto (aumento del seno), o reconstruido el seno con un implante de seno?

₀ No ₁ Sí



14.1. ¿Cuántas años tenía <u>la primera vez</u> que le hicieron esa operación?
Menor de los 30 años 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55 años o mayor
<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> ₇
14.2. ¿Fue el seno derecho, izquierdo o ambos?
<input type="checkbox"/> ₁ El seno derecho
<input type="checkbox"/> ₂ El seno izquierdo
<input type="checkbox"/> ₃ Ambos senos
14.3. ¿Qué tipo de implante de seno recibió?
<input type="checkbox"/> ₁ Silicón o relleno de gel de silicón
<input type="checkbox"/> ₂ Relleno de solución salina
<input type="checkbox"/> ₈ Otro (Especifique): _____
<input type="checkbox"/> ₉ No sé

15. ¿Le han hecho alguna otra operación en los senos?

₀ No ₁ Sí



15.1. ¿Qué otro tipo de operaciones en los senos le han hecho? (Marque cada respuesta que le aplique.)
<input type="checkbox"/> ₁ Extirpación de parte del seno, o reducción del seno
<input type="checkbox"/> ₂ Extirpación de un seno
<input type="checkbox"/> ₃ Extirpación de ambos senos
<input type="checkbox"/> ₉ Otra (Especifique): _____

16. ¿En qué fecha completó Ud. este formulario?

_____ - _____ - _____
mes día año

