

Lleve un control de su salud cervical

Utilice esta lista de verificación para llevar un registro de los síntomas y compártala con su proveedor de atención médica. Llevar un registro de cuándo comienzan los síntomas, cuánto duran y con qué frecuencia se presentan ayuda a su proveedor a comprender mejor sus inquietudes y determinar los pasos a seguir.

¿Cuándo comenzaron sus síntomas?

Fecha en que se observaron por primera vez: _____

Los síntomas: Se mantuvieron igual Mejoraron Empeoraron

Cambios en el sangrado vaginal

(Marque todas las opciones que correspondan)

- Sangrado entre periodos
- Sangrado después de las relaciones sexuales
- Sangrado después de la menopausia
- Periodos más abundantes o prolongados
- ¿Con qué frecuencia? Ocasionalmente
 Semanalmente Diariamente
- ¿Por cuánto tiempo? menos de 1 mes
 de 1 a 3 meses de 3 a 6 meses
 más de 6 meses

Dolor o sangrado durante las relaciones sexuales

- Dolor
- Sangrado
- ¿Con qué frecuencia? A veces
 La mayoría de las veces Todas las veces

Otros síntomas

(Marque todas las opciones que correspondan)

- Cambios urinarios o intestinales
- Fatiga inexplicable o pérdida de peso

Cambios en el flujo vaginal

- Aumento de la cantidad
- Color u olor inusual

Fecha de inicio: _____

- Constante Va y viene

Dolor pélvico o en la parte baja del abdomen

- No Sí
- Lugar: Pelvis Parte baja del abdomen
 Parte baja de la espalda
- ¿Con qué frecuencia? Ocasionalmente
 Semanalmente Diariamente

Historial de evaluaciones (si se conoce)

Última prueba de Papanicolaou: _____

¿Antecedentes de Papanicolaou anormal o VPH?

- Sí No No estoy segura
- ¿Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino?
 Sí No No estoy segura
- Si la respuesta es "Sí", ¿quién? (Por ejemplo, madre, hermana, tía):

Notas para su proveedor de atención médica: