

# 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:

---

---

---

