



5/ ESTADO DE LA DEGLUCIÓN			
No.	TIPO DE PROBLEMÁTICA	SI	NO
1	¿TIENE PROBLEMAS DE MASTICACIÓN?		
2	¿PRESENTA NÁUSEAS FRECUENTES?		
3	¿PRESENTA DIARREAS FRECUENTES?		
4	¿PRESENTA ESTREÑIMIENTO?		
5	¿HA DISMINUIDO SU APETITO?		
6	¿ÚLTIMAMENTE PRESENTA PÉRDIDA DE PESO?		

6/ ESTADO DE LA DENTADURA			
No.	ESTADO ACTUAL	SI	NO
1	COMPLETA		
2	PRESENTA CARIES		
3	USA PLACAS FIJAS		
4	USA PLACAS REMOVIBLES		

7/ TRATAMIENTOS RECIBIDOS				
No.	TRATAMIENTO	SI	NO	ANTES SI, ACTUALMENTE NO
1	DIETA PARA LA DIABETES			
2	DIETA PARA LA HIPERTENSIÓN			
3	DIETA PARA BAJAR DE PESO			
4	DIETA PARA CONTROLAR EL COLESTEROL			
5	PASTILLAS PARA LA DIABETES			
6	INSULINA PARA LA DIABETES			
7	PASTILLAS PARA LA HIPERTENSIÓN			

EXCLUSIVO PARA CONTESTAR POR PERSONAS DEL GÉNERO MASCULINO

8/ PROBLEMAS DE PRÓSTATA							
No.	TIPO DE PROBLEMÁTICA	NUNCA	1 VEZ CADA 5 OCASIONES	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	LA MITAD DE LAS VECES	MÁS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE
1	DURANTE EL ÚLTIMO MES ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA TENIDO LA SENSACIÓN DE VACIAR INCOMPLETAMENTE SU VEJIGA DESPUÉS DE QUE TERMINÓ DE ORINAR?	0	1	2	3	4	5
2	DURANTE EL ÚLTIMO MES ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA TENIDO QUE ORINAR NUEVAMENTE, EN MENOS DE 2 HORAS DESPUÉS DE QUE TERMINÓ DE ORINAR?	0	1	2	3	4	5
3	DURANTE EL ÚLTIMO MES ¿QUE TAN FRECUENTE SE HA DADO CUENTA DE QUE MIENTRAS ESTA ORINANDO SE DETIENE E INICIA VARIAS VECES?	0	1	2	3	4	5
4	DURANTE EL ÚLTIMO MES ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE FUE DIFÍCIL POSPONER EL DESEO DE ORINAR?	0	1	2	3	4	5
5	DURANTE EL ÚLTIMO MES ¿QUE TAN FRECUENTE HA TENIDO UN CHORRO URINARIO DÉBIL?	0	1	2	3	4	5
6	DURANTE EL ÚLTIMO MES ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA TENIDO QUE PUJAR PARA COMENZAR A ORINAR?	0	1	2	3	4	5
7	DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE LEVANTA A ORINAR DURANTE LA NOCHE?	0	1	2	3	4	5
		PUNTUACIÓN			TOTAL DEL IPSS		
		LEVE 1-7	MODERADO 8-19	SEVERO 20-35			
		CONFORME	COMPLACIDO	MÁS BIEN SATISFECHO	REGULAR	MÁS BIEN INSATISFECHO	TERRIBLE
SI USTED TUVIERA QUE VIVIR SIEMPRE ORINANDO EN LA FORMA QUE LO HACE HASTA AHORA ¿CÓMO SE SENTIRÍA?		0	1	2	3	4	5

EXCLUSIVO PARA CONTESTAR POR PERSONAS DEL GÉNERO FEMENINO

9/ FACTORES DE RIESGO MATERNO				SI	NO
1	¿EDAD QUE TUVO SU PRIMERA MENSTRUACIÓN?		8	¿ANTECEDENTES DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO?	
2	¿EDAD QUE TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?		9	¿ANTECEDENTES DE CÁNCER DE MAMA?	
3	¿NÚMERO DE EMBARAZOS?		10	¿SE HA REALIZADO EL PAPANICOLAOU?	
4	¿NÚMERO DE PARTOS?		11	¿SE HA REALIZADO LA EXPLORACIÓN MAMARIA?	
5	¿NÚMERO DE CESÁREAS?		12	¿SE HA REALIZADO DENSITOMETRÍA ÓSEA?	
6	¿NÚMERO DE ABORTOS?		13	¿SE HA REALIZADO RADIOGRAFÍA DE MAMA?	
7	¿EDAD DE MENOPAUSIA?				

FIRMA DEL PACIENTE		NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PERSONAL MÉDICO RESPONSABLE	
--------------------	--	---	--

10/ PARA USO EXCLUSIVO DE ISSEM y M								
1 P.		12 T.A.				INMUNIZACIONES		
2 T.							SI	NO
3 Cd.						20 TTD		
4 Ct.			13 A.V.			21 INFL.		
5 IMC.			O.D.			22 NEUM.		
6 NL.			O.I.			23 OTRAS		
7 SP.								
8 I		14 GLUC.	15 COL.	16 TG.	17 HDL			
9 II							SI	NO
10 III		OTROS	18			11/ PAPANICOLAOU		
11 ICC			19			12/ EXP. DE MAMA		

13/ Dx. PSICOLÓGICO		
1 NORMAL <input type="checkbox"/>	2 DEPRESIÓN <input type="checkbox"/>	3 ANSIEDAD <input type="checkbox"/>

14/ DIAGNÓSTICO

15/ DETECCIÓN 1ª VEZ

16/ CANALIZACIÓN