



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					
		LEVE 1-7	MODERADO 8-19	SEVERO 20-35	TOTAL DEL IPSS		
		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							
1	¿EDAD QUE TUVO SU PRIMERA MENSTRUACIÓN?	2	¿EDAD QUE TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?	8	¿ANTECEDENTES DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO?	SI	NO
3	¿NÚMERO DE EMBARAZOS?	9	¿ANTECEDENTES DE CÁNCER DE MAMA?	10	¿SE HA REALIZADO EL PAPANICOLAOU?		
4	¿NÚMERO DE PARTOS?	11	¿SE HA REALIZADO LA EXPLORACIÓN MAMARIA?	12	¿SE HA REALIZADO DENSITOMETRÍA ÓSEA?		
5	¿NÚMERO DE CESÁREAS?	13	¿SE HA REALIZADO RADIOGRAFÍA DE MAMA?				
6	¿NÚMERO DE ABORTOS?						
7	¿EDAD DE MENOPAUSIA?						

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PERSONAL MÉDICO RESPONSABLE

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

13/ Dx. PSICOLÓGICO

1 NORMAL

2 DEPRESIÓN

3 ANSIEDAD

14/ DIAGNÓSTICO  
15/ DETECCIÓN 1ª VEZ  
16/ CANALIZACIÓN