

# PLANILLA DE VISITAS MÉDICAS PARA ADOLESCENTES

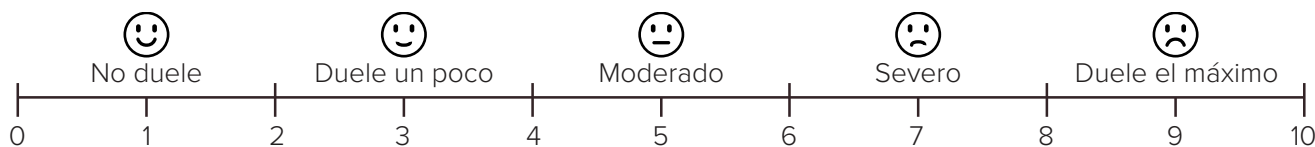
Esta planilla puede ser útil a la hora de prepararte para las consultas con tu proveedor de atención médica. No es necesario que respondas todas las preguntas.

¿Qué síntomas hicieron que buscaras atención médica? ¿Cuándo comenzaron? (Especifica.)

Describe cómo afectan los síntomas tus actividades diarias (p. ej., escuela, vida familiar, actividades sociales, concentración, etc.):

¿Qué empeora los síntomas (desencadenantes)?

¿Qué mejora los síntomas?



Indica el nivel de dolor en las siguientes situaciones:

En un día normal:

En un día de mucho dolor:

En tus períodos menstruales:

¿Qué sueles hacer para controlar el dolor?

¿Con qué frecuencia sientes un nivel 5 de dolor o más?

Una vez al mes

Una vez a la semana

2–3 veces a la semana

4+ veces a la semana

**Objetivo de la visita médica de hoy:**

Controlar el dolor

Saber cómo controlar los síntomas

Identificar un diagnóstico

Controlar el avance de la enfermedad

Buscar una segunda opinión médica

**Seguimiento de Períodos Menstruales:**

Edad del primer ciclo menstrual:

Edad actual:

Duración promedio de los períodos menstruales (días):

Duración del ciclo menstrual (días):

(desde el inicio de un período hasta el inicio del siguiente)

**Notas médicas/pasos a seguir:**

## Historia Clínica

¿Te diagnosticaron endometriosis o algún problema ginecológico antes?

No      Sí

Si es así, describe:

Visitas médicas de urgencia/emergencia, cirugías, estudios y tratamientos ginecológicos previos:

Visita/Procedimiento/Estudio/Tratamiento	Fecha	Notas (proveedor, resultados, etc.)
--	-------	-------------------------------------

Historial familiar de síntomas ginecológicos o menstruales (madre, hermana, tía, abuela, prima):

Endometriosis	Fibromas uterinos	Dolor pélvico crónico	Adenomiosis
Síndrome de ovario poliquístico (SOP)	Síntomas sin diagnóstico:		

Notas:

Medicamentos que tomas actualmente (incluye medicamentos con o sin receta que tomas de manera habitual):

Medicamento	Dosis y frecuencia	Efectos secundarios relevantes
-------------	--------------------	--------------------------------

Tu Equipo de Profesionales de Atención Médica:

Nombre	Especialidad	Inf. de contacto	Última visita
--------	--------------	------------------	---------------