

## I. PERFIL Y DETERMINANTES SOCIALES

1. ¿Cuál es su sexo asignado al nacer? ☐ Hombre ☐ Mujer
  2. ¿Cuál es el género con el que Usted se identifica? ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transmasculino u hombre trans ☐ Transfemenino o mujer trans ☐ No binario ☐ Otro.  
Especifique: \_\_\_\_\_ ☐ Prefiere no responder
  3. ¿Qué edad tiene? (años) \_\_\_\_\_ años
  4. ¿Cuál es su nivel educacional más alto alcanzado? ☐ Educación Básica (Primaria) ☐ Educación Media (Secundaria) ☐ Técnico Nivel Superior ☐ Profesional (Universitario) ☐ Postgrado ☐ Otro / Ninguno
  5. ¿Cuál es su estado conyugal o civil actual? ☐ Casada(o) / Conviviente Civil ☐ Conviviente o pareja (sin acuerdo legal) ☐ Soltera(o) ☐ Separada(o) / Divorciada(o) / Anulada(o) ☐ Viuda(o)
  6. Actualmente, ¿Usted tiene pareja? ☐ Sí ☐ No
- 

## II. SALUD MENTAL Y BIENESTAR GENERAL

7. ¿Cómo calificaría su calidad de vida? ☐ Muy mala ☐ Mala ☐ Ni buena ni mala ☐ Buena ☐ Muy buena
8. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas? *Escala: 1. Nunca | 2. Algunos días | 3. Más de la mitad de los días | 4. Casi todos los días*  
  
A. Poco interés o placer en hacer cosas: ☐ B. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas: ☐ C. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta: ☐ D. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación: ☐
9. ¿Alguna vez un doctor o médico le ha dicho que tiene o padece de Depresión? ☐ Sí ☐ No

## III. HISTORIA CLÍNICA Y BIOMETRÍA

10. ¿Alguna vez un doctor o médico le ha dicho que tiene o padece de alguna de las siguientes condiciones? (*Marque todas las que correspondan*) ☐ Migrañas o dolores de cabeza frecuentes ☐ Trastorno musculoesquelético (dolor crónico espalda, etc.) ☐

Diabetes [ ] Enfermedad a la tiroides (hipotiroidismo, hipertiroidismo, bocio) [ ] Sobre peso u obesidad [ ] Hipertensión [ ] Infertilidad

11. Datos Biométricos (Aproximados)

- Peso actual (Kg): \_\_\_\_\_
- Estatura (cm): \_\_\_\_\_

12. ¿Alguna vez se ha realizado...? A. Una mamografía: ( ) Sí ( ) No B. Un papanicolaou (PAP): ( ) Sí ( ) No

13. (Si respondió SÍ en la anterior) ¿Se ha realizado estos exámenes en los últimos 3 años? A. Mamografía: ( ) Sí ( ) No B. Papanicolaou: ( ) Sí ( ) No

## IV. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

14. ¿A qué edad aproximadamente tuvo su primera menstruación o regla? \_\_\_\_\_ años

15. ¿Ha tenido menstruación o regla en el último año? ( ) Sí (Pasar a preg. 17) ( ) No

16. (Si respondió NO) ¿Cuál es la razón por la cual no ha tenido menstruación? ( ) Embarazo o Lactancia ( ) Menopausia ( ) Histerectomía (le sacaron el útero) ( ) Tratamiento hormonal / anticonceptivo que corta la regla ( ) Otra razón

17. (Si aplica Menopausia) ¿Ha tomado hormonas (terapia hormonal) para la menopausia? ( ) Nunca ( ) Sí, en el pasado ( ) Sí, actualmente

18. ¿Ha estado embarazada alguna vez en su vida? ( ) Sí ( ) No (Pasar a preg. 22)

19. ¿Cuántos embarazos ha tenido a lo largo de su vida? (Incluya partos, abortos o pérdidas) \_\_\_\_\_ embarazos

20. Su último embarazo terminó con: ( ) Parto de término (vivo) ( ) Parto prematuro (vivo) ( ) Pérdida o mortinato (mayor a 13 semanas) ( ) Pérdida o aborto (menor o igual a 12 semanas)

21. (Si tuvo parto) ¿Algún médico(a) le diagnosticó depresión postparto? ( ) Sí ( ) No

## V. FUNCIONALIDAD SEXUAL Y ANTICONCEPCIÓN

22. En su última relación sexual (o actualmente), ¿Ustedes usaron algún método anticonceptivo? ( ) Sí ( ) No

23. ¿Cuál método utiliza principalmente? ( ) Condón (masculino/femenino) ( ) Píldora o pastillas ( ) DIU / T de cobre ( ) Implante / Inyección ( ) Esterilización ( ) Ninguno / Natural ( ) Otro

24. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usted ha experimentado alguna de las siguientes situaciones en su vida sexual? *Escala: Nunca | A veces | Frecuentemente*

A. Ausencia o bajo deseo sexual: ( ) B. Ausencia de orgasmos: ( ) C. Dolor o dificultad en la penetración: ( ) D. Dificultad para la lubricación vaginal: ( )

25. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene alguna Infección de Transmisión Sexual (VIH, VPH, Sífilis, etc.)? ( ) Sí ( ) No

---

## **VI. EXPERIENCIAS SENSIBLES (Autoaplicado sugerido)**

26. En el marco de sus visitas a servicios de ginecología, ¿alguna vez sintió que el personal juzgaba sus prácticas, hizo comentarios inapropiados o le realizaron procedimientos bruscos/dolorosos? ( ) Sí, una vez ( ) Sí, más de una vez ( ) Nunca

27. ¿Alguna vez en su vida alguien le tocó sus partes privadas bajo manipulación, engaño o fuerza sin su consentimiento? ( ) Sí ( ) No ( ) Prefiero no responder

28. ¿Alguna vez en su vida ha experimentado situaciones de acoso (agarrones, punteos, exhibicionismo) en lugares públicos? ( ) Sí ( ) No ( ) Prefiero no responder