

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