



El nombre "CDC" es propiedad del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos y se usa con permiso. El uso de este logotipo no constituye la aprobación por parte del HHS o de los CDC de ningún producto, servicio o empresa en particular.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN o para hacer en línea una evaluación de riesgo de trastornos hemorrágicos, visite betteryouknow.org.

Diario de atención médica

Antes de visitar a su proveedor de atención médica, puede ser útil que lleve un diario de salud durante un mes o dos. Esto los ayudará a usted y a su proveedor de atención médica a determinar qué pasos se deben seguir.

¿Cuándo comenzaron sus síntomas? _____

¿Qué provocó estos síntomas? _____

Tome nota de su nivel de energía. ¿Cuándo fue alto? _____

¿Cuándo fue bajo? _____

¿Le ha sangrado la nariz durante más de 10 minutos? SÍ NO

¿Con qué frecuencia? _____

¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer periodo menstrual? _____

¿Cuántos días transcurren entre el comienzo de un periodo y el comienzo del siguiente? _____

¿Tiene periodos que duran más de 7 días? SÍ NO ¿Cuántos días en total? _____

¿Cuántos días considera que su periodo es abundante? _____

¿Con qué frecuencia debe cambiarse las toallas sanitarias o los tampones? _____

¿Debe usar el doble de toallas o tampones que utiliza, en especial por la noche? SÍ NO

¿Siente dolor durante sus periodos? SÍ NO

¿Qué alivia el dolor? _____

¿Qué lo empeora? _____

¿Sus síntomas interfieren con su vida cotidiana? SÍ NO

¿Alguna mujer en su familia tiene periodos abundantes? SÍ NO NO SÉ

¿Hay alguien en su familia que haya tenido síntomas similares de sangrado? SÍ NO NO SÉ

¿Hay alguien en su familia a quien se le haya diagnosticado un trastorno hemorrágico, como la enfermedad de von Willebrand o hemofilia? SÍ NO NO SÉ

Indique los medicamentos recetados o no recetados que está tomando actualmente.
