



## Anexo Nº 2. Formulario Complementario a MRS

Nombre \_\_\_\_\_  Ingreso fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ años RUN/RUT \_\_\_\_\_  Control fecha: \_\_\_\_\_

<b>Fecha de última menstruación, (regla):</b>	<b>Durante el último año la menstruación me llega:</b>	<b>El sangrado de mi menstruación es:</b>
	<input type="checkbox"/> Una vez todos los meses <input type="checkbox"/> Varias veces en un mes <input type="checkbox"/> No me llega todos los meses <input type="checkbox"/> Sangro durante todo el mes	<input type="checkbox"/> Igual que siempre <input type="checkbox"/> Diferente <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Con coágulos

1	Uso pastillas anticonceptivas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe o no responde
2	Uso otras hormonas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe o no responde
3	Estoy operada para no tener más hijos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe o no responde
4	Tengo útero	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe o no responde
5	Tengo ovarios (al menos uno)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe o no responde
6	Tengo pareja	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe o no responde
7	Tengo actividad sexual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe o no responde
8	Uso antidepresivos o remedios para dormir	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe o no responde
9	Uso remedios para la diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe o no responde
10	Uso remedios para la presión arterial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe o no responde
11	Estoy en control en otros programas de mi consultorio:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe o no responde
	¿En cuál/cuáles?			