

# MI CONSULTA GINECOLÓGICA



**NOMBRE Y APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**PRONOMBRES:** \_\_\_\_\_

## VENGO A LA CONSULTA POR:

*(Intenta rellenar con muy pocas palabras, por ejemplo: DOLOR CON LA REGLA. Prioriza lo que más te afecta)*

\_\_\_\_\_

## TENGO LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:

*(Nombra tu Neurodivergencia, situación de salud mental o física)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## TOMO LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS A DIARIO:

*(Incluye suplementos)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FECHA DE MI ÚLTIMA REGLA Y SU DURACIÓN:

*(Cuándo te vino por última vez y cuántos días te duró)*

\_\_\_\_\_

## MIS CICLOS MENSTRUALES DURAN:

*(Detalla aproximadamente cuántos días, o al menos si te viene siempre una vez al mes o se espacia más de un mes, o si a veces tienes más de una regla en un mes)*

\_\_\_\_\_

## MIS REGLAS SON:

*(Dolorosas? Qué te duele? En el PreMenstrual qué síntomas presentas? Son muy abundantes? La sangre tiene algún color raro?)*

\_\_\_\_\_

## EN MI FAMILIA HAY ESTOS ANTECEDENTES:

*(Incluye a tus padres, abuelos, hermanos; enfócate sobre todo en las mujeres de tu familia)*

\_\_\_\_\_

## MIS SÍNTOMAS HAN SIDO:

*(Detalla: intensidad, fecha de inicio, frecuencia, si aparecen en un contexto específico)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## MI OBJETIVO EN ESTA CONSULTA ES:

*(Reflexiona si quieres una explicación, ser estudiada, alguna recomendación, medicación, ser derivada...)*

\_\_\_\_\_

## PETICIONES ESPECIALES:

*(Que me acompañe una enfermera, que dejen pasar a mi acompañante, que si tenemos que hacer alguna prueba la programemos para una próxima fecha, que no me informen mi peso...)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_