

Susan Preslar, FNP
3156 State St.
Medford, OR 97504



(Ph) 541.773.9772
(Fx) 541.773.1113
www.CompleteCare.net

Avivando la Llama Femenina

Nombre: _____ DOB: _____ Edad: _____

Por favor, díganos por qué se inscribió para asistir a esta visita de grupo: _____

¿Qué preguntas le gustaría que le respondieran esta noche? _____

Por favor, compruebe cualquiera de las siguientes condiciones que experimente o haya experimentado en los últimos tres meses:

Libido baja/reducida (bajo deseo de sexo) Si es ASÍ, esta condición: Leve Moderada Grave
¿Esta condición te está causando angustia? En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Cuándo empezó? _____ ¿Está asociado esto con algún síntoma? _____
¿Qué ayuda con esta condición? Medicaciones _____ Terapiés _____ Otro? _____

Sequedad vaginal Si es ASI, esta condición: Leve Moderada Grave
¿Esta condición te está causando angustia? En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Cuándo empezó? _____ ¿Está asociado esto con algún síntoma? _____
¿Qué ayuda con esta condición? Medicaciones _____ Terapiés _____ Otro? _____

¿Excitación sexual baja o nula? Si es ASI, esta condición: Leve Moderada Grave
¿Esta condición te está causando angustia? En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Cuándo empezó? _____ ¿Está asociado esto con algún síntoma? _____
¿Qué ayuda con esta condición? Medicaciones _____ Terapiés _____ Otro? _____

Dificultad para tener una Orgasmo Si es ASÍ, esta condición: Leve Moderada Grave
¿Esta condición te está causando angustia? En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Cuándo empezó? _____ ¿Está asociado esto con algún síntoma? _____
¿Qué ayuda con esta condición? Medicaciones _____ Terapiés _____ Otro? _____

Dolor con relaciones sexuales Si es ASI, esta condición: Leve Moderada Grave
¿Esta condición te está causando angustia? En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Cuándo empezó? _____ ¿Está asociado esto con algún síntoma? _____
¿Qué ayuda con esta condición? Medicaciones _____ Terapiés _____ Otro? _____

Disminución de la sensación en sus genitales Si es ASÍ, esta condición: Leve Moderada Grave
¿Esta condición te está causando angustia? En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Cuándo empezó? _____ ¿Está asociado esto con algún síntoma? _____
¿Qué ayuda con esta condición? Medicaciones _____ Terapiés _____ Otro? _____

Circule cualquiera de estos problemas hormonales que haya experimentado en los últimos tres meses:

Sofocos Si es ASÍ, esta condición: Leve Moderada Grave

Insomnio Si es ASÍ, esta condición: Leve Moderada Grave

Cambios de Humor Si es ASÍ, esta condición: Leve Moderada Grave

Ansiedad Si es ASÍ, esta condición: Leve Moderada Grave

Depresión Si es ASÍ, esta condición: Leve Moderada Grave

Fatiga Si es ASÍ, esta condición: Leve Moderada Grave

Aumento de Peso Si es ASÍ, esta condición: Leve Moderada Grave

Firma _____ Fecha: _____

~ Mejorar Calidad de vida más allá de cualquier expectativa razonable ~

www.CompleteCare.net