



BHRT Lista de Control Femenina

Nombre: _____

Fecha: _____

E-Mail: _____

Sintomas *(Porfavor marcar)*

	Nunca	Leve	Moderado	Severo
Estado de animo depresivo				
Perdida de memoria				
Confusion mental				
Disminucion de deseo sexual/libido				
Problemas para dormir				
Cambios de humor/Irritabilidad				
Tension				
Migrañas/ Dolores de cabeza severos				
Dificultad para llegar al climax sexual				
Inflamacion				
Aumento de peso				
Sensibilidad en los senos				
Sequedad vaginal				
Sofocos				
Sudores nocturnos				
Piel seca y arrugada				
Perdida de cabello				
Frio todo el tiempo				
Hinchazon en todo el cuerpo				
Dolor en las articulaciones				

Historia Familiar

	No	Sí
Enfermedad del cardiaca		
Diabetes		
Osteoporisis		
La enfermedad de Alzheimer		
Cáncer de mama		