



# Encuesta de Su Salud Pélvica Posparto

Nombre de la paciente \_\_\_\_\_

Dr./Dra. \_\_\_\_\_ Fecha / /

**Por favor complete este formulario y devuélvalo a su médico:**

¿Cuál fué el modo de su parto?  Vaginal  Cesárea

¿Experimentó un desgarro vaginal o una episiotomía (corte quirúrgico)?  Si  No

¿Fué asistido su parto por fórceps o extractor al vacío (parto instrumentado)?  Si  No

¿Está experimentando dolor pélvico?  Si  No

Si ha reanudado las relaciones sexuales, ¿está experimentando dolor durante ellas?  Si  No

¿Tiene la sensación de una “pelota” o de bulto dentro de su vagina?  Si  No

¿Tiene sequedad vaginal?  Si  No

¿Tiene fugas de orina?  Si  No

¿Tiene pérdida accidental de las heces?  Si  No

¿Sufre de estreñimiento?  Si  No



You're in Control.

CH0042019

