



# PROGRAMA NACIONAL SALUD DE LA MUJER

ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EN EDAD DEL CLIMATERIO, EN EL NIVEL PRIMARIO DE LA RED DE SALUD (APS). MINSAL 2013

## Anexo N° 3. EMPA modificado

Fecha					Teléfono			RUT		
Nombre de usuaria										
Fecha de nacimiento						Edad				
Dirección						Comuna				
Previsión	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> ISAPRE	<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Otro			
Fecha de vigencia (fecha en que tiene que ser actualizado)										
Estado del EMPA <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Falta:										
Hábitos	Beber problema	¿Consume bebidas alcohólicas?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Tabaquismo	¿Fuma?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	Sedentarismo	¿Realiza ejercicio?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Emocional <sup>(#)</sup>	¿Se ha sentido cansada o decaída, casi todos los días?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
	¿Se ha sentido triste, deprimida o pesimista, casi todos los días?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
	¿Siente que ya no disfruta o ha perdido el interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
	¿Duran los síntomas más de dos semanas?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Peso	Talla	IMC	Circunferencia de cintura		Talla Máxima registrada		Pérdida de estatura			
							<input type="checkbox"/> ≥7cm			
<input type="checkbox"/> Eutrófica		<input type="checkbox"/> Sobrepeso		<input type="checkbox"/> Obesidad		<input type="checkbox"/> Obesidad mórbida				
Presión arterial sistólica actual						¿Es ≥ 130 mm Hg?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Presión arterial diastólica actual						¿Es ≥ 85 mm Hg?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Colesterol total mg/dL actual						¿Es ≥ 200 mm Hg?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Colesterol HDL mg/dL actual						¿Es ≤ 50 mg/dL?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Triglicéridos mg/dL actual						¿Es ≥ 150 mg/dL?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Glicemia mg/dL actual						¿Está entre 100 y 126 mg/dL?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
						¿Es ≥ 126 mg/dL?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Riesgo cardiovascular según ATP-III <sup>(*)</sup> :					<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Diabetes					
Enfermedades transmisibles	Ha tenido tos productiva por más de 15 días <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (programa tuberculosis)									
	VDRL: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Resultado pendiente <input type="checkbox"/> No tiene Requiere otro VDRL o RPR <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Requiere VIH <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No									
Prevención de cáncer cervicouterino	Fecha último PAP Vigencia hasta tres años				<input type="checkbox"/> Muestra satisfactoria <input type="checkbox"/> ¿Requiere repetirlo?					
	<input type="checkbox"/> Negativo para neoplasia <input type="checkbox"/> Inflamatorio <input type="checkbox"/> Sospechoso <input type="checkbox"/> Atrófico									
Prevención de cáncer de mama	Mamografía Fecha _____ BI-RADS _____ Vigencia (con THR 1 año, sin TRH 2 años)									
	Ecotomografía mamaria en Mx BI-RADS 0, 3 o 4, Fecha:									
Observaciones										
Plan										

(\*): ATP-III: consignar puntaje. 1 punto por cada factor presente

(#): Referir como Depresión Mayor si presenta duración >2 semanas + cualquier otro síntoma emocional.