

¿ESTÁS AL DÍA CON TUS PRUEBAS DE CERNIMIENTO?

Consulta con tu internista y tu ginecólogo y anota cada cuánto tiempo te debes hacer las siguientes pruebas:



- | | | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mamografía | <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Examen de visión |
| <input type="checkbox"/> Densidad ósea | <input type="checkbox"/> Presión Arterial | <input type="checkbox"/> Examen de audición |
| <input type="checkbox"/> Papanicolaou | <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Visita al dentista |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual | <input type="checkbox"/> Prueba de sangre oculta | <input type="checkbox"/> Examen de Cáncer en la Piel |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Vacunas |
| <input type="checkbox"/> Glucosa | <input type="checkbox"/> Prueba de orina | |
| <input type="checkbox"/> Prueba del sueño | <input type="checkbox"/> Evaluar la incontinencia | |

- Salud mental**
Menciona a tus médicos si tienes problemas de concentración, insomnio, irritabilidad, sentimientos persistentes de tristeza o ansiedad.

Fuentes: womenspreventivehealth.org, American College of Obstetricians and Gynecologists, National Academy of Medicine, U.S. Department of Health and Human Services, Organización Mundial de la Salud, The American Academy of Family Physicians, The American College of Physicians, National Association of Nurse Practitioners in Women's Health y el Departamento de Salud de Puerto Rico

MI GENTE GRANDE

Mi Internista _____ Tel. _____

Mi Ginecólogo _____ Tel. _____

Plan Médico _____ Tel. _____

Sala de Emergencia _____ Tel. _____