

Dr. Encargado de la unidad.  
Dr. Santiago MARTÍNEZ BLANCO.



HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA



Nombre Ay Nutnólogo Jimi Chumal Chumel Correspondiente al Mes 27/Nov/2019 correspondiente al año 2019.  
NA LA CONSULTA: Nutnólogo Jimi Chumal Chumel CEDULA PROFECIONAL 09154631

OS APELLIDOS	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad		Sexo	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
			M	F												
INLOZ	DD MM AA 04/51	Yucatán	62		M	✓								Antígeno Prostático. Defecación.		Eliás
Lorenzo	DD MM AA 10/59	Yucatán	60		M	✓								Antígeno Prostático Defecación.		
Santiago OS	DD MM AA 11/58	Yucatán	61		M	✓								Antígeno Prostático		
Liberto	DD MM AA 03/60	Yucatán	59		M	✓								Antígeno Prostático		
ARIB	DD MM AA 06/60	Yucatán	58		M	✓								Antígeno Prostático		
M	DD MM AA 01/60	Yucatán	59		M	✓								Antígeno Prostático		
HL04	DD MM AA 03/60	Yucatán	59		M	✓								Antígeno Prostático		
Lorenzo	DD MM AA 14/60	Yucatán	59		M	✓								Antígeno Prostático		
URL04	DD MM AA 02/62	Yucatán	57		M	✓								Antígeno Prostático		
anc	DD MM AA 03/63	Yucatán	56		M	✓								Antígeno Prostático		T.O.P
eez	DD MM AA 02/71	Yucatán	48		M	✓								Antígeno prostático.		Eliás Lopez

De sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos o por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las rsonales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de idad.



HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA



NOMBRE DE LA UNIDAD: Casa de Salud Sahamexuy  
NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: Neurologo Jimi Chimed

Correspondiente al Mes 7/2019

correspondiente al año 2019

CEDULA PROFESIONAL 09154631

Fecha	No.	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
						M F											
		CURP	DD MM AA	DD MM AA													
	1	Agostina Nahcalt May	25 ene 90	Quintana Roo	29	F	✓								93 mg/dl Casual	orientacion alimentaria	Agustina Nahcalt May
	2	Maria Lidia ranche cano	10 ene 47	Yucatan	42	F	✓								101 mg/dl Casual	Orientacion alimentaria	Maria Lidia ranche cano
	3	Hermenegilda Dzib Pach	28 oct 46	Quintana Roo	50	F	✓								117 mg/dl casual	Orientacion alimentaria	[Signature]
	4	Claudiana Conal May	6 nov 19	Quintana Roo	35	F	✓								64 mg/dl casual	Orientacion Alimentaria	Claudia Conal May
	5	Gabriela Conal May	23 feb 73	Quintana Roo	27	F	✓								102 mg/dl Casual	Orientacion alimentaria	Gabriela Conal May
	6	Abiscata Conal Pach	27 dic 82	Quintana Roo	32	F	✓								117 mg/dl Casual	Orientacion alimentaria	[Signature]
	7	Mariana Nah Conal	12 ene 72	Quintana Roo	23	F	✓								146 mg/dl Casual	Orientacion alimentaria	Mariana Nah Conal
	8	Fabiola Dzib Pach	19 oct 80	Quintana Roo	38	F	✓								109 mg/dl Casual	Orientacion alimentaria	Fabiola Dzib Pach
	9	Lola May May	31 jul 91	Quintana Roo	25	F	✓								97 mg/dl Casual	Orientacion alimentaria	Lola May May
	10	Modesta Ko Tut	1 mar 87	Quintana Roo	27	F	✓								85 mg/dl Casual	Orientacion	Modesta Ko Tut

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.

SALUD



HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA



NOMBRE DE LA UNIDAD: Casa de Salud Sahamucuy

Correspondiente al Mes Julio 2019

correspondiente al año 2019

NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: Nutrologo Jumi Chimel

CEDULA PROFESIONAL 09154631

Fecha	No.	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DIM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
		CURP	DD MM AA														
	1	Hilana <del>del</del> Citul	08/10/89	QRO	30	F	✓								104 mg/dl Casal	Ornitacion Alimultra	Milana D. C.
	2	Juana Mona Dzib Pech	09/09/83	QRO	37	F	✓								120 mg/dl Casal	Ornitacion Alimultra	PDZ
	3	Librada <del>del</del> ay	02/04/80	QRO	39	F	✓								149 mg/dl Casal	Ornitacion Alimultra	Librada ayay
	4	Maria Mariela Chan Cano	09/06/94	QRO	25	F	✓								120 mg/dl Casal	Ornitacion Alimultra	Maria
	5	Enriqueta Canal aban	05/02/87	QRO	31	F	✓								115 mg/dl Casal	Ornitacion Alimultra	Efrigene Canal aban
	6	MAY DZIB PANTALO	01/06/53	QRO	56	M	✓				Diabeta				333 mg/dl Casal	Ornitacion Alimultra	[Fingerprint]
	7	Datalia Canal May	02/03/92	QRO	27	F	✓								98 mg/dl Casal	Ornitacion Alimultra	[Signature]
	8	Sofia Dzib Pech	08/03/93	QRO	26	F	✓								125 mg/dl Casal	Ornitacion Alimultra	Sofia Dzib Pech
	9	Rosi Araceli Canal Dzib	09/04/88	QRO	31	F	✓								95 mg/dl Casal	Ornitacion Alimultra	[Fingerprint]
	10	Cecilia May Dzib	09/05/87	QRO	32	F	✓								111 mg/dl Casal	Ornitacion Alimultra	Cecilia May Dzib

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.

SALUD



HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA



NOMBRE DE LA UNIDAD: Fco Jh May  
NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: nutrologa Jimi Chemel

Correspondiente al Mes 8-2019-17

CEDULA PROFESIONAL

correspondiente al año 2019  
09154631

Fecha	No.	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DIM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
	1	Zulina Gomez Torres	DD MM AA 28 02 84	Veracruz	35	F	✓								134 mg/dl casual	Deteccion Glucosa	[Signature]
	2	Adriana Garcia Lopez	DD MM AA 26 08 98	QRO	21	F	✓								113 mg/dl casual	Det. Glucosa	[Signature]
	3	Naemi Ramos Romero	DD MM AA 11 11 86	Campeche	33	F	✓								105 mg/dl	Det. Glucosa	[Signature]
	4	Poot Tur Kella Patricia	DD MM AA 06 04 97	QRO	30	F	✓								112 mg/dl	Det. Glucosa	[Signature]
	5	Maria Cruz Alceda Hernandez	DD MM AA 16 05 68	Tobasco	50	F	✓								125 mg/dl casual	Det. Glucosa	[Signature]
	6	Milena Martinez Castro	DD MM AA 29 10 69	D.F.	50	F	✓								95 mg/dl	Det. Glucosa	[Signature]
	7	Marganta Jimenez Gomez	DD MM AA 03 20 86	Chiapas	33	F	-								145 mg/dl	Det.	[Signature]
	8	Leidy Omega Torres Rodriguez	DD MM AA 12 15 90	QRO	29	F	✓								112 mg/dl		[Signature]
	9																
	10																

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.

SALUD



HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA



Dr. encargado de la unidad.

Dr. *[Signature]*  
2019

NOMBRE DE LA UNIDAD: Casa Salud San Juan  
NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: Nutriólogo Jimmy Chimal Chimal

Correspondiente al Mes 11 / NOV / 19  
CEDULA PROFESIONAL 09154631

correspondiente al año 2019

Fecha	No.	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido	
		CURP <u>0A5M9108054C5VN501</u>	DD MM AA												94 mg/dl Casual	Detección Glucosa	<i>[Signature]</i>	
	1	Miguel Ovando Santos	DD MM AA	Chiapas	28	M	✓								121 mg/dl Casual	Det. Glucosa	<i>[Signature]</i>	
		CURP <u>GAGM531220MTCRRR09</u>	DD MM AA	Tlaxcala	65	F	✓								237 mg/dl casual	Det. Glucosa	<i>[Signature]</i>	
	2	Marlene Garcia Garcia	DD MM AA		75	F	✓								129 mg/dl casual	Det. Glucosa	S.C.N	
		CURP _____	DD MM AA	Oaxaca	26	M	✓								96 mg/dl casual	Det Glucosa	<i>[Signature]</i>	
	3	Simona Carol Nahvatt	DD MM AA		21	F	✓								93 mg/dl casual	Det. Glucosa	BYMN.	
		CURP _____	DD MM AA	Oaxaca	35	F	✓								97 mg/dl casual	Det Glucosa	<i>[Signature]</i>	
	4	Irving Gabriel ortegón	DD MM AA		24	F	✓								122 mg/dl casual	Det Glucosa	<i>[Signature]</i>	
		CURP _____	DD MM AA	Morelos	28	F	✓								104 mg/dl casual	Det Glucosa	Laura Jimena P.K.	
	5	Rosa Adriana chae May	DD MM AA		18	F	✓								100 mg/dl casual	Det Glucosa	<i>[Signature]</i>	
		CURP _____	DD MM AA	Yucatán	38	F	✓											
	6	Blanca Yaneli Martín Wah	DD MM AA															
		CURP _____	DD MM AA															
	7	Maria Lourdes Chan Coemel	DD MM AA															
		CURP _____	DD MM AA															
	8	Mario Abigail cocom ozib	DD MM AA															
		CURP _____	DD MM AA															
	9	Laura Jimena ozib KU	DD MM AA															
		CURP _____	DD MM AA															
	10	Wendy del Rosario chi wáico	DD MM AA															

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporciona, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.

Dr. encargado de la unidad  
Dr. Miguel Brando



Miguel Brando  
2019

NOMBRE DE LA UNIDAD: San Juan  
NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: nutriologo Jimi chumel

Correspondiente al Mes 11-NOV

CEDULA PROFESIONAL 09154631

Fecha	No.	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC DE NAC	EST. DE NAC	Edad	SEXO	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
		CURP <u>KUCLH60817HYNXNBO7</u> 1 <u>Liberto Kucen</u>	DD MM AA <u>28 08 86</u>	<u>Yucatan</u>	<u>72</u>	<u>M</u>		<input checked="" type="checkbox"/>							<u>Diabetico</u> <u>158 mg/dl</u>	<u>Det.</u> <u>Glucosa</u>	
		CURP <u>CACR491124HYNDHE03</u> 2 <u>Carhe Chan Rafael</u>	DD MM AA <u>24 11 79</u>	<u>Yucatan</u>	<u>70</u>	<u>M</u>		<input checked="" type="checkbox"/>							<u>Diabetico</u> <u>128 mg/dl</u>	<u>Det.</u> <u>Glucosa</u>	
		CURP <u>CICF720902MYAY505</u> 3 <u>Isadora Colli Sanchez</u>	DD MM AA <u>28 09 72</u>	<u>Comapa</u>	<u>73</u>	<u>F</u>		<input checked="" type="checkbox"/>							<u>Diabetico</u> <u>180 mg/dl</u>	<u>Det</u> <u>Glucosa</u>	<u>Isidoro Colli</u>
		CURP <u>COET570307MYNCRMO1</u> 4 <u>Florentina Chumel Canche</u>	DD MM AA <u>28 07 72</u>	<u>Yucatan</u>	<u>47</u>	<u>F</u>		<input checked="" type="checkbox"/>							<u>Diabetico</u> <u>227 mg/dl</u>	<u>Det</u> <u>Glucosa</u>	<u>Florentina Chumel</u>
		CURP <u>COET570307MYNCRMO1</u> 5 <u>Tomasa Cocom Heredia</u>	DD MM AA <u>02 05 72</u>	<u>Yucatan</u>	<u>62</u>	<u>F</u>		<input checked="" type="checkbox"/>							<u>Diabetico</u> <u>323 mg/dl</u>	<u>Det</u> <u>Glucosa</u>	<u>T.L.H</u>
		CURP <u>CICB371074MINHNE04</u> 6 <u>Nemecio May Diaz</u>	DD MM AA <u>18 09 50</u>	<u>Yucatan</u>	<u>60</u>	<u>M</u>		<input checked="" type="checkbox"/>							<u>Diabetico</u> <u>376 mg/dl</u> <u>casal</u>	<u>Det</u> <u>Glucosa</u>	<u>N.M.D</u>
		CURP <u>CICB371074MINHNE04</u> 7 <u>Catalina May May</u>	DD MM AA <u>09 04 64</u>	<u>Yucatan</u>	<u>55</u>	<u>F</u>		<input checked="" type="checkbox"/>							<u>Diabetico</u> <u>165 mg/dl</u>	<u>Det</u> <u>Glucosa</u>	<u>C.M.M</u>
		CURP <u>HCCA350815HIPRHP08</u> 8 <u>Rafael Chumel Canche</u>	DD MM AA <u>24 10 37</u>	<u>Yucatan</u>	<u>80</u>	<u>F</u>		<input checked="" type="checkbox"/>							<u>Diabetico</u> <u>150 mg/dl</u> <u>casal</u>	<u>Det</u> <u>Glucosa</u>	<u>R.C.C</u>
		CURP <u>POMH760111HYNCY605</u> 9 <u>Adelino Chumel Herrera</u>	DD MM AA <u>15 08 35</u>	<u>Yucatan</u>	<u>84</u>	<u>M</u>		<input checked="" type="checkbox"/>							<u>125 mg/dl</u>	<u>Det</u> <u>Glucosa</u>	<u>A.C.H</u>
		CURP <u>POMH760111HYNCY605</u> 10 <u>Agustino Diaz May</u>	DD MM AA <u>19 06 60</u>	<u>Yucatan</u>	<u>43</u>	<u>M</u>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>332 mg/dl</u>		

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, el elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



NOMBRE DE LA UNIDAD: Manuel Antonio

Correspondiente al Mes 12-000

NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: Nutricionista Jimi chimel

CEDULA PROFESIONAL

09154631

Fecha	No.	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
		CURP <u>GAMS921103MTCARL00</u>	DD MM AA <u>02 02 92</u>	<u>Tobasco</u>	<u>25</u>	<u>F</u>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>145 mg/dl</u> casual	<u>Deteccion glucosa</u>	<u>E Sd</u>
	<u>1</u>	<u>Garbiza Martinez zilia</u>	DD MM AA <u>03 03 59</u>	<u>Yucatan</u>	<u>60</u>	<u>M</u>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>295 mg/dl</u> casual	<u>Def. Glucosa</u>	<u>[Signature]</u>
	<u>2</u>	<u>Martinez blanco Santiago</u>	DD MM AA <u>02 10 21</u>	<u>Yucatan</u>	<u>26</u>	<u>F</u>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>110 mg/dl</u> casual	<u>Def. Glucosa</u>	<u>[Signature]</u>
	<u>3</u>	<u>Loeza nitzil caulich</u>	DD MM AA <u>02 01 88</u>	<u>Yucatan</u>	<u>30</u>	<u>F</u>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>92 mg/dl</u> casual	<u>Def. Glucosa</u>	<u>[Signature]</u>
	<u>4</u>	<u>Gracela nitzil Caulich</u>	DD MM AA <u>08 02 79</u>	<u>Yucatan</u>	<u>39</u>	<u>M</u>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>151 mg/dl</u> casual	<u>Def. Glucosa</u>	<u>[Signature]</u>
	<u>5</u>	<u>Gen Dziel Israel</u>	DD MM AA <u>12 28 79</u>	<u>Q.R.O.</u>	<u>39</u>	<u>M</u>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>164 mg/dl</u> casual	<u>Def. Gluc.</u>	<u>[Signature]</u>
	<u>6</u>	<u>Castillo Caulich Silvana Maria</u>	DD MM AA <u>06 08 84</u>	<u>Yucatan</u>	<u>34</u>	<u>F</u>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>90 mg/dl</u> casual	<u>Def. Gluc.</u>	<u>S.H.C.C.</u>
	<u>7</u>	<u>Sagres Bertrand van der</u>	DD MM AA <u>01 16 84</u>	<u>Yucatan</u>	<u>35</u>	<u>M</u>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>82 mg/dl</u> casual	<u>Def. Gluc.</u>	<u>[Signature]</u>
	<u>8</u>	<u>Brenda Wazli andre lah</u>	DD MM AA <u>08 08 84</u>	<u>Q.R.O.</u>	<u>19</u>	<u>F</u>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>129 mg/dl</u> casual	<u>Def. Gluc</u>	<u>Brenda</u>
	<u>9</u>	<u>Maria Lorena Noh KU</u>	DD MM AA <u>02 07 76</u>	<u>Q.R.O.</u>	<u>43</u>	<u>F</u>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>100 mg/dl</u> casual	<u>Def. Gluc</u>	<u>M.T.N.K.</u>
	<u>10</u>	<u>Arcos Gomez Marcos Antonio</u>	DD MM AA <u>02 06 44</u>	<u>Tobasco</u>	<u>73</u>	<u>M</u>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>100 mg/dl</u> casual	<u>Def. Gluc</u>	<u>[Signature]</u>

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporciona, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad Integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



NOMBRE DE LA UNIDAD: Manuel Antena

Correspondiente al Mes 12-2019-19

NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: nutriologo dme chemel

CEDULA PROFESIONAL 09154631

Fecha	No.	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
		CURP	DD MM AA														
	1	Soledad Cayetano Prieto PELAD000807MYNCPNAS	06/08/2000	Yuc	58	F	✓								91 mg/dl casual	Deteccion de Glucosa.	[Firma]
	2	Andrea Jacqueline Pech Lopez LOC18412704GARPS519	08/08/1998	Yuc	19	F	✓								51 mg/dl casual	Det. Glucosa	APL
	3	Lopez Castillo Maria Isabel del Carmen DICM956726MYOZNR06	12/20/1984	Q.ROO	34	F	✓								137 mg/dl casual	Det. Gluco	[Firma]
	4	Dzib Conche Mercy Vanessa VACE971110MARBMTLOZ	02/26/1995	Yuc	24	F	✓								97 mg/dl casual	Det. Gluc	M.V.D.C.
	5	Yam Letzal Elsy Raquel CECE771120MYNTPLOG	11/10/1997	Q.ROO	22	F	✓								96 mg/dl casual	Det. Gluc	[Firma]
	6	Letzal Lopez Maria elda DICB930725MYOZNM04	11/20/1993	Yuc	41	F	✓								168 mg/dl casual	Det. Gluc	M.E.C.C.
	7	Dzib Conche Gema abigail DICB930725MYOZNM04	07/25/1993	Yuc	26	F	✓								99 mg/dl casual	Det Gluc	[Firma]
	8	CURP	DD MM AA														
	9	CURP	DD MM AA														
	10	CURP	DD MM AA														

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcionen, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.





HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA



NOMBRE DE LA UNIDAD: 6/1000/francisco y 7/1000/sahcomul Correspondiente al Mes 6 de 1000 - 7 1000.

correspondiente al año 2019

NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: Nutriologo Diana Chimal Chimal

CEDULA PROFESIONAL 09154631

Fecha	No.	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC	EST. DE NAC	Edad	Sexo	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indigena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
			DD MM AA			M F											
	1	chan chi Marlenc Ester	21 12 65	Compeche	53	F	✓				244				Diabetes 339 mg/dl	Ninguno. Orientacion Alimentaria	marlene
	2	Pascual conul conul	14 11 74	Q Roo	45	M	✓								116 mg/dl	Orientacion Alimentaria	[Signature]
	3	Marthaveronica conul May	31 03 88	Q Roo	27	F	✓								110 mg/dl	Orientacion Alimentaria	M. V. C. M.
	4	Carlos Avias de Leon	20 09 88	Q Roo	27	M	✓								96 mg/dl	Orientacion Alimentaria	[Signature]
	5	Germela Conul Pech	1 04 1986	Q Roo	29	F	✓								93 mg/dl	Orientacion Alimentaria	Germela C.P.
	6	Timotea ozib Pech	4 08 80	Q Roo	39	F	✓								205 mg/dl	Orientacion Alimentaria	Timotea D.P.
	7	Laura conul ozib	30 11 94	Q Roo	25	F	✓								108 mg/dl	Orientacion Alimentaria	[Signature]
	8	Elias Vazquez Gomez	3 12 83	Chiapas	27	M	✓								88 mg/dl	Orientacion Alimentaria	[Signature]
	9	Aureliana Diaz Pech	5 05 85	Q Roo	68	F	✓								241 mg/dl	Orientacion Alimentaria	A.D.P
	10	Esperanza May Ku	14 02 66	Q Roo	53	F	✓								86 mg/dl	Orientacion Alimentaria	E.M.K

6/1000/19

7-100



HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA



NOMBRE DE LA UNIDAD: Casa de Salud Francisco hu May  
NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: Nutriologo Jimi E. Chimal chimal

Correspondiente al Mes: Noviembre 6-NOV-19  
CEDULA PROFECIONAL

correspondiente al año 2019  
09154631

Fecha	No.	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
			DD MM AA			M F											
	CURP	A00J65121LUCSC5L07	11/11/69	Tobasco	50	F	✓				DM				Diabetes 224 mg/dl glucosa	Ninguno Orientación alimentaria	
	1	Julia Acosta De Dios															
	CURP	NAAV621101HYNRMCO4	11/11/61	Tizimin	59	M		✓							114 mg/dl Glucosa Orientación Alimentaria	Ninguno	
	2	Narciso Amembia Victor Jose															
	CURP	CAME650920HYNC5502	20/05/65	Cherchok	54	M	✓								103 mg/dl Glucosa	Ninguno Orientación Alimentaria	EUSTAGUIO
	3	Eustaquio Covich Mac															
	CURP		02/02/76	Chupoo	42	F		✓							101 mg/dl Glucosa	Ninguno Orientación Alimentaria	
	4	Lilia Margonka Martinez Perez															
	CURP	NULS971226MCSXPL02	12/12/97	Chupoo	22	F	✓								112 mg/dl Glucosa	Orientación Alimentaria	
	5	Silvia Nuñez Lopez															
	CURP	AUHM840914MTCLBR03	09/09/84	Tobasco	34	F	✓								107 mg/dl Glucosa	Ninguno Orientación Alimentaria	
	6	Alcudia Hernandez Maunika															
	CURP														142 mg/dl Glucosa	Ninguno Orientación Alimentaria	
	7	Esteban Tun Cohou															
	CURP	CACE650201MYNXXL09	11/06/65	Valledolid	55	F	✓								180 mg/dl glucosa Diabetes	Ninguno orientación Alimentaria	
	8	Florida canche ciao															
	CURP	TEBR730308MCCRY19	03/03/73	Compana	46	F	✓								97 mg/dl. glucosa	Ninguno Orientación Alimentaria	
	9	Reyna Isobel Tec Barrera															
	CURP	TJBB690824MAR2LROO	08/08/69	Azo	50	F	✓								346 mg/dl glucosa	Ninguno Orientación Alimentaria	Bartola TIZ
	10	Bartola Tul Babm															

Medico de la unidad:

HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
 DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
 REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA



Correspondiente al Mes 28/NOV/19

correspondiente al año

EN LA CONSULTA:

Nutriólogo Jairo Chonel

CEDULA PROFESIONAL 09154631

OS APELLIDOS	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DMK(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibi
3MAZ	DD MM AA	QRO	3a/19m	F	✓								Orientacion		
Amores Ob	DD MM AA	QRO	3a	F	✓								Orientacion		Sandra Vázquez Sánchez
SIGTAZ	DD MM AA	QRO	76	M	✓								Antígeno prostático		R.A.M.R.
Jouh	DD MM AA	QRO	68	M	✓								Antígeno prostático		E.T.C
HDOZ	DD MM AA	Yucatan	61	M	✓								Antígeno prostático		[Signature]
Nohail	DD MM AA	Tabasco	56	M	✓								Antígeno prostático		[Signature]
de Cruz	DD MM AA	Yucatan	29	F	✓								Orientacion Alm.		+
SNOO	DD MM AA	Yucatan	31	F	✓								Orientacion Alimentaria.		x
Amor Esp	DD MM AA	Yucatan	59	M	✓								Antígeno prostático		x
BOG	DD MM AA	Yucatan	66	M	✓								Antígeno prostático		[Signature]
Anas	DD MM AA	Tabasco	66	M	✓								Antígeno prostático		[Signature]
COY	DD MM AA	Yucatan	59	M	✓								Antígeno prostático		[Signature]
Victor	DD MM AA	Yucatan	66	M	✓								Antígeno prostático		[Signature]
CCVV09	DD MM AA	Tabasco	66	M	✓								Antígeno prostático		[Signature]
vidio	DD MM AA	Tabasco	66	M	✓								Antígeno prostático		[Signature]

Información de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos...  
 esto por la citada ley y demás normativa que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las...  
 personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de...  
 racidad.

Medico de la unidad;



HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA



Laurentino Vásquez Salinas  
Médico  
Autónoma Benito Juárez de Quintana Roo  
Prof. 574264

LA UNIDAD: Fco Jh May

Correspondiente al Mes 28/Nov/19

correspondiente al Año 2019

DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA:

CEDULA PROFECIONAL

No.	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo		1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
					M	F											
1	Maria Lorenza Balamchi	08/10/58	Yuc	61	F	✓									Orientacion Alimentone.		X
2	Maria Genoveva Tah	01/03/53	Yuc	68	F	✓									Orientacion Alimentone.		X
3	Hdez Reyes David	11/04/78	Tabasco	42	M	✓									Antigero Prototico		DAVID h2/19
4	Aneris N. P. B	09/04/16	Yuc	3	F	✓									Orientacion Alimentone.		
5	Pablo Hdez Jesus	02/21/77	Tabasco	42	M	✓											
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.

**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**

M. AYUNTAMIENTO

**TULUM**

2010-2021

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

**REGISTRO DE PESO Y TALLA, CIRCUNFERENCIA DE CINTURA E IMC AREA DE NUTRICIÓN**CASA DE SALUD: Francisco hu MayFECHA: 6 - NOV - 19

NOMBRE	EDAD	PESO	TALLA	CIRCUNF. CINTURA	IMC
Julia Acosta de Dios	50	58	149		76.1 sob
Narcisos victor Jose	59	88	170		30.4 ob
Eustaquio Mas	54	61.2	151		26.8 sob
Lilia Margarita Perez	42	77.2	147		35.7 ob
Silvia Nuñez Lopez	22	57.	1.46		26.7 sob
Alcudia Hdez Maerlica	34	70.6	155		29.4 sob
Goleben Ton Cahau	74	75.1	151		32.9 ob
Elbida canche craco	55	86	146		40.3 ob
Reyna Isabel Tec Barrera	46	57.200	1.54		24.1 sob
Bartula Tec bolom	50	77.2	149		34.8 ob
Markar chan chi	53	57.4	152		24.8 sob

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

# TULUM

2018-2021

## SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



### REGISTRO DE PESO Y TALLA, CIRCUNFERENCIA DE CINTURA E IMC AREA DE NUTRICIÓN

CASA DE SALUD: Sahca mucay

FECHA: 7-11

NOMBRE	EDAD	PESO	TALLA	CIRCUNF. CINTURA	IMC
Pascua conul conul	45	81.5	159		32.2 OB
Carmela Conul Pech	29	67	147		31.0 OB I
Timotea Dzib Pech	39	42.5	142		21.1 NOR
Laura conul Dzib	25	61	148		27.8 SOB
Elias Vasques Gomez	27	57	158		22.8 NO
Unifemia Dzib Pech	68	58.5	143		28.6 SOB
Esperanza May KU	53	51.5	140		26.3 SOB
Agustina Nahuel May	29	47.5	146		22.3 NOR
Maria Lidia conche cono	42	52	132		29.8 SOB
Hermenegilda Dzib Pech	50	76.5	144		36.9 OB
Panfilo Dzib May	56	69.5	164		25.8 SOB
Natalia conul May	27	52.7	148		24.1 NO
Sofia Dzib Pech	46	50.5	136		27.3 SOB
Ros: Araceli conul Dzib	19	41.5	146		19.5 NOR
Carilda May Dzib	51	66.5	138		34.9 OB I

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

# TULUM

2010-2021



Fecha: 7/Nov/19 Hora de Inicio: 11:30 am Hora de Finalización: 1:20 PM

TIPO: PLATICA  TALLER  MEDICO   
ENFERMERO (A)  PROMOTOR DE SALUD  CASA DE SALUD

Tema: Resultados a padres de familia del jardín de niños Sahcomucuy Localidad: Jardín de niños Salvador Sahcomucuy

No	NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD A M	SEXO M F	FIRMA NOM. Y SELLO DE ESC.
1	Juana	Dzib	Canul	32	F	[Signature]
2	Nezaryia	Axul	Canul	23	F	Nezaryia Nezaryia
3	Enriqueta	Canul	Aban	32	F	Enriqueta Canul Aban
4	Fayolita Dzib	Dzib			F	Fayolita Dzib Pech
5	Lola May May			25	F	Lola May May
6	Feliciana	Canul	Dzib	19	F	Feliciana Canul Dzib
7	Maria Del Socorro May Dz			24	F	Maria Del Socorro May
8	Modesta	Ku	Tuz	22	F	Modesta Ku Tuz
9	Juanamaria	Dzib		37	F	[Signature]
10	Elena	May	Caamal	35	F	Elena May Caamal
11	Idelfonsa	May	Canul			Idelfonsa May Canul
12	Lidia <del>stev</del>	aban	Nahuat	29	F	Lidia aban Nahuat
13	Hilaria Dab Citel	Dzib	Citil	30	F	Hilaria D.C.
14	Maniela Cano Canche				F	[Signature]
15	Quadrana	Canul	May	35	F	Quadrana Canul May
16	Librada ay ay			39	F	Librada ay ay
17	Maria	Canche	Cano	42	F	Maria Lidia Canche Cano
18	Maria Ofelia Canul			25	F	Maria Ofelia Canul Tuz
19	Apolonia	Dzib	Canul	32	F	Apolonia Dzib (Cano)
20	Hermelinda	Cano	Kwuc	29	F	Hermelinda Cano Kwuc
21	Inocencia	Nalera	Chan	32	F	[Signature]
22	Nicemata	Canul	Pech	31	F	[Signature]
23	Gabriela	Canul	May	26	F	Gabriela Canul May
24						
25						

SERVICIOS EDUCATIVOS DE QUINTANA ROO  
ESCUELA PREESCOLAR BILINGÜE  
SALVADOR ALVARADO Z.E. 005  
23DCC0139M  
SAHAB, MUCUY, TULUM, Q. ROO

FACILITADOR Netrobgg Juni chumel FIRMA POOT MARIA DEL ROSARIO

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



### DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

# TULUM

2018-2021

## SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



### REGISTRO DE PESO Y TALLA, CIRCUNFERENCIA DE CINTURA E IMC AREA DE NUTRICIÓN

CASA DE SALUD: Francisco de May

FECHA: 8-NOV

NOMBRE	EDAD	PESO	TALLA	CIRCUNF. CINTURA	IMC
Zulima Gomez Torres	35	72.8	181		31.9 OB
Aldama Garcia Noh	21	66	181		28.9 50B
Norma Ramos Romero	33	70.5	152		30.5 OB
Paol Tuz Kaula Patricia	30	62.7	143		30.7 OB
Mana cruz Alcidia	50	53.3	163		27.8 NOR
Julieta Martinez Castro	50	72.00	1.52		31.2 OB
Margarita Jimenez Gomez	33	47.500	147		22 NOR
Leydi Omega Torres Rodriguez	28	94.200	1.57		38.2 OB

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.





DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

**TULUM**

2010-2021

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



REGISTRO DE PESO Y TALLA, CIRCUNFERENCIA DE CINTURA E IMC AREA DE NUTRICIÓN

CASA DE SALUD: San Juan de Dios

FECHA: 11-NOV-1

NOMBRE	EDAD	PESO	TALLA	CIRCUNF. CINTURA	IMC
Liberato Ku cen	72	69	152	104	29.9 SOB
Conche chon Potael	70	78.5	146		36.8 OB
Isadora Colli Sanchez	73	47	142		23.3 NOR
Florentina Chumel Condre	47	67.5	148		30.8 OB
Tomasa Cocam Heredia	62	89.5	143		43.8 OB
Nemecio May Dziel	60	74.6	154		31.5 OB
Catalina May May	55	59.4	140		30.3 OB
Rafaela Chumel Sanchez	80	48	142		23.8 NOR
Adelfino Herrera Chumel	84	59.5	155		24.8 NOR
Marlene Garcia Garcia	65	69.5	147		32.2 OB
Simona canel Nahualt	68	49.8	133		28.2 SOB

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

# TULUM

2019-2021

## SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



27/NOV/19

### REGISTRO DE PESO Y TALLA, CIRCUNFERENCIA DE CINTURA E IMC AREA DE NUTRICIÓN

Manuel Antonio Ay

NOMBRE	EDAD	PESO	TALLA	CIRCUNF. CINTURA	IMC T/A
Eliulero Chan Sandoval	67	66	1.50	100	
Jimenez Villegan Wilfredo	61	54.5	160		
Fco Javier Vam	58	73.5	160		
Caamal Florentino	59	85	154		
28/NOV/19 Fco hu May.					
Kimberli Gpe Ramirez Pat	3a/9m	15.4	101 cm		
Itzayana A.M	3a	15.80	96 cm		
Esteban Ton Coch		75	151		
Modesto chulum Nahualt	68	72.1	184		
Montiel Jose de la Cruz	61	72	171		
Elizeo Moo Pat	56	82	167		
Diana Azucena Alvarez	29	59.9	157		
Maria del Carmen Anco	31	70	162		
Noruega Victor	59	90	176		
Acosta ovidio	66	96	170		
Maria Lorenza Bolem	61	58.1	151		
Maria Guadalupe Tah	68	39.6	140		
Reyes David	42	91	178		
Anco N-D-B	3	15.900	106		
Pablo Hdez Jesus	42	84.3	160		

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

# TULUM

2010-2021



Fecha: 11-10-19

Hora de Inicio: 4:30 PM

Hora de Finalización: 6:30 PM

TIPO:

PLATICA   
ENFERMERO (A)

TALLER   
PROMOTOR DE SALUD

MEDICO   
CASA DE SALUD

Tema: Sobrepeso y obesidad

Localidad: bachiller son Juan T. U

No	NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD A M	SEXO M F	FIRMA NOM. Y SELLO DE ESC.
1	Blanca Yamily	Martin	Nah.	35	F	BYUN.
2	maricely Angelica	Dzib	canul	15	F	
3	Rosa Adriana	Choc	May	21	F	
4	Silvano	Dzib	Canul	16	M	S D C.
5	Victor	Martin	Robio	16	M	
6	Jorge Reynaldo	Cidu	Dzib	17	M	
7	JUAN MEANDEZ	BOLIO	MENDEZ	29	M	
8	patricio r	Dzib	vicab	16	M	
9	Nelly Aracely	May	Aban.	16	F	
10	Yelsi Flor	Cocom	May	16	F	
11	Karla Irene	Dzib	May	15	F	
12	gracelly flor	Ku	canul	15	F	
13	Silvano	Ku	Max	16	M	
14	Pedancee	Dzib	Dzib	17	M	
15	Maria Abigail <del>casero</del>	Cocom	Dzib	28	F	
16	Viviana Perez Canul	Perez	Canul	17	F	V.P.C
17	Margarita	Vicab	May	17	F	M.V.M
18	Nancy Cristina	Hau	Canche	17	F	
19	Ana Patricia	Ku	Canul	17	F	
20	Laura Jimena	Dzib	Ku	18	F	
21	Maria Lourdes Chan. C	Chan	Caamul	27	F	Ma. L. Chan
22	José H. Chan Canul	Chan	Caamul	26	M	
23						
24						
25						

FACILITADOR Nst. Jimu chumel

FIRMA



En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL  
M. AYUNTAMIENTO  
**TULUM**  
2018-2021



Fecha: 11-000-19 Hora de Inicio: 4:30 PM Hora de Finalización: 6:30 PM

TIPO: PLATICA  TALLER   
ENFERMERO (A)  PROMOTOR DE SALUD  MEDICO   
CASA DE SALUD   
Tema: Sobrepeso - obesidad Localidad: bachiller en Juan

No	NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD		SEXO		FIRMA NOM. Y SELLO DE ESC.
				A	M	M	F	
1	Irving Gabriel	Ordoñez	Collí	27		M		Irving Gabriel
2	Leandro	Ku	Hau	15		M		Leandro
3	Fabian	Ta	Katrad	16		M		
4	Joel	León	García	15		M		
5	Diego eduardo	hu	NAH	18		M		Diego eduardo
6	Gaspar Enrique	Ku	Chan	18		M		Gaspar
7	Fernando	Ku	Hzcaya	17		M		Fernando
8	José Alfredo	NAH	Chanf	17		M		José
9	Abisai	cocom	Hau	15		M		Abisai
10	Cristina	Uicab	Dzib	15		M		Cristina
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

FACILITADOR Nutriólogo Juni Chinel FIRMA



Servicios Educativos de Quintana Roo  
San Juan, Tulum

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

# TULUM

2019-2021

## SALUD.

SECRETARÍA DE SALUD



## REGISTRO DE PESO Y TALLA, CIRCUNFERENCIA DE CINTURA E IMC AREA DE NUTRICIÓN

CASA DE SALUD: Manuel Antonio

FECHA: 12-nov-19

NOMBRE	EDAD	PESO	TALLA	CIRCUNF. CINTURA	IMC
Silvia Gordaza Martinez	25	66	154		27.8 SOB
Lorenza witzil Coanch	26	85.3	152		36.9 OB
Gracida witzil Coanch	30	75.8	146		35.6 OB
Israel Dab an	39	85.5	175		27.4 SOB
Castillo Coanch Silvia Mona	34	61.4	149.5		27.5 SOB
Sigiero Bertrand Ivan de Jesus	35	77	178		24.3 NOR
Brenda nageli coanche Nah	19	57.5	149		25.9 SOB
Mona Tomasa Nah KU	43	76	156		31.2 OB
Arcos Gomez Marcos Antonio	73	63	164		23.4 NOR
Soledad coanche pacto	88	60.5	156		24.9 NOR
Andrea yaquelin Pech Lopez	19	40	150		17.8 DN
Lopez castillo Mona Israel	34	61.5	147		28.3 SOB
Dzab coanche Mercy Vanessa	24	51.5	152		22.2 NOR
Elsy BAQUEL Yam Getzel	22	61.5	150		27.3 SOB
Cupul Mona Gilda	44	66	144		31.8 OB
Coanche Gema Abigail	26	61	147		28.2 SOB

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.

## **Noviembre es el Mes Nacional de la Diabetes**

Todavía no existe una cura para la diabetes, pero un estilo de vida saludable puede *realmente* reducir el impacto de esta enfermedad en las vidas de las personas que la padecen. Las cosas que se hacen diariamente marcan la diferencia: comer alimentos saludables, hacer actividad física, tomarse los medicamentos que le receten y cumplir con las citas médicas para mantenerse en curso. La mayoría de las personas con diabetes (9 de cada 10) tienen tipo 2. Con la diabetes tipo 2, su cuerpo no usa la insulina bien y no puede mantener el azúcar en la sangre a los niveles normales.

La diabetes, llamada a menudo una "enfermedad silenciosa", puede desarrollarse en las personas sin mostrar síntomas al inicio. Si no se maneja adecuadamente, la diabetes puede conducir a graves complicaciones, como problemas cardíacos, renales, de la vista y también circulatorios que pueden causar discapacidad permanente o hasta una muerte prematura. Sin embargo, la diabetes se puede prevenir o demorar a través de cambios del estilo de vida.

Los principales factores de riesgo de diabetes son antecedentes familiares, falta de ejercicio, una dieta poco saludable, así como obesidad o sobrepeso. El consumo de alimentos más saludables y la actividad física pueden reducir el riesgo de manifestación de la diabetes tipo 2.

Las principales señales de alerta de diabetes son micción frecuente, pérdida de peso, falta de energía y sed excesiva. Las personas que experimentan estos signos deben hacerse los análisis correspondientes y seguir los consejos del médico.

Para mejorar la prevención, la detección y el control de la diabetes se requieren servicios de atención de salud universalmente accesibles, centrados en el paciente e integrados a la atención necesaria de salud, es **por ese motivo que este mes el área de nutrición pretende realizar estas actividades en las diferentes casas de salud de nuestro municipio, llevando a la población las detecciones oportunas (glucosa) y orientación alimentaria; inculcando la adopción de las conductas saludables. De esta forma reforzando las acciones en cuanto a la materia de salud en dichas comunidades, por parte de la dirección de salud municipal.**

**CRONOGRAMA DE NUTRICIÓN PRIMERA QUINCENA DE  
NOVIEMBRE 2019**

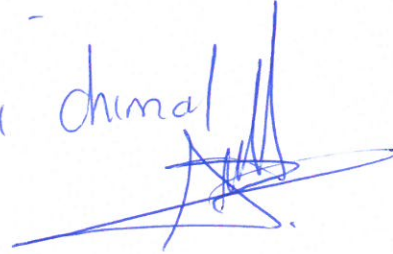
**“JORNADA NACIONAL DE SALUD PUBLICA”**

<b>DIA</b>	<b>FECHA</b>	<b>LUGAR</b>	<b>ACTIVIDAD.</b>	<b>HORARIOS</b>
LUNES	4/ NOVIEMBRE/2019	INAGURACION DE DESCACHARRIZACION.	INAGURACION DE DESCACHARRIZACION.	
MARTES	5/ NOVIEMBRE/2019	DETALLES DEL EVENTO	DETALLES DEL EVENTO	
MIERCOLES	6/ NOVIEMBRE/2019	FRANCISCO UH MAY	DETECCIONES DE GLUCOSA, ORIENTACION ALIMENTARIA EN CASA DE SALUD DE DICHA COMUNIDAD	8:30 AM – 3:00 PM
JUEVES	7/ NOVIEMBRE/2019	SAHCA MUCUY	DETECCIONES DE GLUCOSA, ORIENTACION ALIMENTARIA EN CASA DE SALUD DE DICHA COMUNIDAD	8:30 AM – 4:00 PM
		JARDIN DE NIÑOS SALVADOR ALVARADO.	ENTREGA DE RESULTADOS A PADRES DE FAMILIA DE PESO Y TALLA.	12:00 - 2:00 PM
VIERNES	8/ NOVIEMBRE/2019	FRANCISCO UH MAY	DETECCIONES DE GLUCOSA, ORIENTACION ALIMENTARIA EN CASA DE SALUD DE DICHA COMUNIDAD	8:30 PM – 3:00 PM
		ESC. BACHILLERES TURNO VESPERTINO. DE LA COMUNIDAD DE FCO UH MAY.	PLATICAS NURICIONALES.	3:00 PM – 5:00 PM

*A. Arzulo*  
*SA*

DIA	FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD.	HORARIOS
LUNES	11/ NOVIEMBRE/2019	SAN JUAN DE DIOS.  ESC. BACHILLERES TURNO VESPERTINO.	DETECCIONES DE GLUCOSA, ORIENTACION ALIMENTARIA EN CASA DE SALUD DE DICHA COMUNIDAD.  PLATICAS DE NUTRICION.	9:00 PM – 3:30 PM  3:30 PM – 6:00 PM
MARTES	12/ NOVIEMBRE/2019	CASA DE SALUD MANUEL ANTONIO.	DETECCIONES DE GLUCOSA, ORIENTACION ALIMENTARIA EN CASA DE SALUD DE DICHA COMUNIDAD.	8:30 AM – 4:00 PM
MIERCOLES	13/ NOVIEMBRE/2019	ULTIMOS DETALLES PARA EL EVENTO DEL DIA MUNDIAL DE LA DIABETES.	ULTIMOS DETALLES PARA EL EVENTO DEL DIA MUNDIAL DE LA DIABETES.	9:00 – 4:00 PM
JUEVES	14/ NOVIEMBRE/2019	TULUM	EVENTO POR EL DIA MUNDIAL DE LA DIABETES.	8:00 AM – 4:00 PM
VIERNES	15/ NOVIEMBRE/2019	INFORME DE NUTRICION.	INFORME DE NUTRICION.	INFORME DE NUTRICION.

AH -  
 Nutrólogo Jimi Chimal



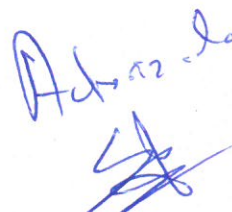
A. Az. lo  




DIA	FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD.	HORARIOS
LUNES	25/ NOVIEMBRE/2019			
MARTES	26/ NOVIEMBRE/2019	EVENTO CON PROMOCION DE SALUD.	EVENTO CON PROMMOCION DE SALUD	HORARIO POR DEFINIRSE.
MIERCOLES	27/ NOVIEMBRE/2019	CASA DE SALUD MANUEL ANTONIO.	CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE PROSTATA. DETECCIÓN OPORTUNA CON LA APLICACIÓN DE ANTIGENO PROSTATICO.  PESO Y TALLA JARDIN DE NIÑOS MANUEL ANTONIO.	10:00 – 4:00 PM.  8:30 – 10:00 AM
JUEVES	28/ NOVIEMBRE/2019	CASA DE SALUD FRANCISCO UH MAY.  EVENTO CON PROMOCION DE SALUD.	CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE PROSTATA. DETECCIÓN OPORTUNA CON LA APLICACIÓN DE ANTIGENO PROSTATICO  EVENTO CON PROMOCION DE SALUD.	8:30 – 4:00 PM
VIERNES	29/ NOVIEMBRE/2019	REPORTE	REPORYTE	REPORTE

**NOVIEMBRE 25 AL 29 DEL 2019 CRONOGRAMA NUTRICION**

**NUTRIÓLOGO A CARGO: JIMI E. CHIMAL CHIMAL**

27/Nov/19

Casa de salud Manuel Antonio Ay.

Las actividades iniciaron en la mañana abordando a la Poblacion e invitando a la gente adulta ir a la casa de salud para realizarse la prueba del antigeno prostático como parte de la campaña "Deteccion oportuna de cancer de prostata" de forma gratuita asi como la toma de peso, talla y la orientacion alimentaria que estubo a mi cargo.

Nutricionista encargada.  
Jimmy E. Chimal.



13

Dr. Santiago Perez. Blanco.  
CASA DE SALUD: Manuel Antonio Ay.  
ACTIVIDADES REVISADAS AL NUTRICIONISTA:  
JIMMY CHIMAL.

HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA

Correspondiente al Mes

12-DIC-19

CEBULA PROFESIONAL

Correspondiente al año

Fecha	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNS	CURP	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indigena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
	1 Silvia López López	CURP DL15971226MCSXPL02	12/26/64	Chiapas	22	F	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa c/mes. 100 mg/2d1		<i>[Signature]</i>
	2 Jorge Adolfo Chulim	CURP UACJ530423HYVHTK03	04/23/64	Yucatán	55	M	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa c/mes. 160 mg/2d1		
	3	CURP															
	4	CURP															
	5	CURP															
	6	CURP															
	7	CURP															
	8	CURP															
	9	CURP															
	10	CURP															

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en Ciudad de sujeta obligación informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que e nos proporcionan, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás no manifiesta que resulte aplicable. Los datos personales están utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, el honorarios y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hanam recibido. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no está asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/visodoprivacidad>.

HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA



NOMBRE DE LA UNIDAD: Manuel Antonio  
NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: Manuel Antonio

Correspondiente al Mes: 10-DIC-11-DIC-2014

Correspondiente al año: 2014

CEBULA PROFESIONAL

Fecha	No.	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.			EST. DE NAC.	Edad	Sexo	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
			DD	MM	AA														
	10	Maria Genoveva Tah	03	01	60	Yucatan	68	F	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa ayuna 360 mg/dl		MCT
	9	Ek Kus Julia Rebeca	05	09	23	Q.R.O.	23	F	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa ayuna 149 mg/dl		STER
	8	Carand Ineah Maria Lourdes	08	06	43	Yucatan	43	F	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa en ayuna 125 mg/dl		Carand Ineah
	7	Sanchez Montero Elizabeth	02	06	38	Tabasco	38	F	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa ayunas 200 mg/dl		Elizabeth Sanchez
	6	Acosta Sanchez Ouidio	01	05	66	Tabasco	66	M	<input checked="" type="checkbox"/>								Glucosa Ayunas 156 mg/dl		Ouidio Acosta
	5	Rubben Acosta Mendez	09	11	50	Tabasco	50	M	<input checked="" type="checkbox"/>								Glucosa Ayunas 150 mg/dl		Rubben Acosta
	4	Julia de la Cruz Ruiz	03	08	63	Tabasco	63	F	<input checked="" type="checkbox"/>								DM 2 Glucosa 417 mg/dl		Julia de la Cruz
	3	Torres Pasaura Leonora	06	06	69	DF	69	M	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa cesoal 162 mg/dl		Torres Pasaura
	2	Gesal Mis Maria Fernanda	05	16	24	Yucatan	24	F	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa 177 mg/dl		Maria Fernanda
	1	Heriberto Rosales Adolfo	05	06	54	Chiapas	54	M	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa cesoal 205 mg/dl		Heriberto Rosales

En cumplimiento a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de sujetos obligados para el Estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el Ayuntamiento de Tulum, en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tramitar los datos personales que nos proporciona, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada Ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, el honorario y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se han recibido. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información que se divulga es la información que se refiere a los datos personales, por lo que no será posible identificarlos. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisoconfidencialidad>.

DR. Rosenszkel de Legitima Defensa

Atlix, Quintana Roo, a 10 de Diciembre del 2014

NOMBRE DE LA UNIDAD: Casa de Salud Manuel Ay  
 NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: \_\_\_\_\_

HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
 DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
 REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA  
 Corres pondiente al Mes 9-DIC-19

CEBULA PROFESIONAL

correspondiente al año 2019

Fecha	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuents (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
	CURP <u>CCKHEH710405314300</u>	71	QRO	48	F	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	Glucosa 334mg/dl	Emilia Davila
	CURP <u>1 Gaurch Kamal Emilia Ilex</u>	05	Yucatan	60	M	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	Glucosa 129mg/dl	Teck
	CURP <u>2 Juan Evangelista Kamal</u>	02	Yucatan	70	M	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	glucosa 293 mg/dl	Emilia Davila
	CURP <u>CACG490701HYVHH R02</u>	07	Yucatan	65	M	<input checked="" type="checkbox"/>								Hipertension	Glucosa 105mg/dl	Emilia Davila
	CURP <u>3 Camel choc Grande</u>	04	Yucatan	88	F	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	glucosa 227mg/dl	Emilia Davila
	CURP <u>CACPS410504HYVDP R07</u>	03	Yucatan	43	F	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	Glucosa 157mg/dl	Emilia Davila
	CURP <u>4 Partino Gache Cepul</u>	04	Yucatan	31	M	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	Glucosa 139 mg/dl	Emilia Davila
	CURP <u>KUCH330601HYVHH R04</u>	03	Yucatan	30	F	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	Glucosa casual 122 mg/dl	Emilia Davila
	CURP <u>5 Kamal Camal Maria</u>	05	Yucatan	19	F	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	Glucosa casual 100 mg/dl	Emilia Davila
	CURP <u>CAKS751027MYDCH L06</u>	06	Yucatan	21	F	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	Glucosa casual 132	Emilia Davila
	CURP <u>6 Maria Salome Gaurch</u>	08	Yucatan	30	F	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	Glucosa casual 100 mg/dl	Emilia Davila
	CURP <u>CXCAB81116HYVCHW09</u>	10	Yucatan	31	M	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	Glucosa casual 100 mg/dl	Emilia Davila
	CURP <u>7 Gaurch Chola Andres Alfilio</u>	08	Yucatan	30	F	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	Glucosa casual 100 mg/dl	Emilia Davila
	CURP <u>8 Deluy abaa Hlac</u>	08	Yucatan	30	F	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	Glucosa casual 100 mg/dl	Emilia Davila
	CURP <u>9 Maria Jose Hau Yam</u>	08	Yucatan	30	F	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	Glucosa casual 100 mg/dl	Emilia Davila
	CURP <u>10 Wendy Elizabeth Egan Rik</u>	98	Yucatan	21	F	<input checked="" type="checkbox"/>								control Diabetes	Glucosa casual 132	Emilia Davila

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de el resguardo de los datos personales que e nos proporcionamos, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas, asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recibido. Es menester señalar que en dichos estadísticas la información no está asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro sitio de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/visidadprivacidad>.

Dr. Responsable de la unidad...



HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA

*[Signature]*

NOMBRE DE LA UNIDAD: Casa de Salud San Juan

NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: Dra. Patricia

Correspondiente al Mes: 4-DIC-19

CEBULA PROFESIONAL

correspondiente al año 2019

Fecha	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	CURP	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
	1 Mariana Carla May Ortiz		76	QRO	53	F									Glucosa 179 mg/dl		
	2 Yaguine Roc May		11	QRO	43	M									Antígeno posit. Hbce		
	3 Pedro Oh		11	QRO	38	M									Antígeno posit. Hbce		
	4 Garcia George Heitar		12	Tabasco	5	F									glucosa 142 mg/dl		
	5 Santa candr areca		5	QRO	21	F									glucosa 120 mg/dl		
	6 Jail Israel Hahn		07	QRO	29	M									glucosa 110 mg/dl		
	7 Daniel Dziel Canal		01	Yuc	54	M									glucosa 140 mg/dl		
	8 Alfredo Xu Chan		09	Yuc	43	M									Glucosa 131 mg/dl		
	9																
	10																

En cumplimiento a la Ley de Protección de Datos Personales, en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el Ayuntamiento de Tulum, en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que e nos proporcionamos, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la Ley y demás no manifestado que resulte aplicable. Los datos personales están utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se han recibido. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no está asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/visodprivacidad>.

NOMBRE DE LA UNIDAD: Casa de Salud San Juan  
NOMBRE DEL MÉDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: Katiolago Jimenez

HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA  
Correspondiente al Mes de Dic-19

CEDULA PROVISIONAL

correspondiente al año 2019



DR. Responsable de la Unidad

*[Signature]*

Fecha	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.			EST. DE NAC.			Edad	Sexo		1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
		DD	MM	AA	DD	MM	AA		M	F											
	1 <u>LIBERATO KU OEN</u>	46	8	46	Yucatan	Yucatan	72	M											Glucosa 14mg/dl		<i>[Signature]</i>
	2 <u>Rafael caender chan</u>	49	11	49	Yucatan	Yucatan	70	M											Glucosa 147mg/dl antígeno Prostate		<i>[Signature]</i>
	3 <u>wendy Margah le may</u>	12	11	12	GRUPO	GRUPO	32	F											Glucosa 256mg/dl		<i>[Signature]</i>
	4 <u>Demario May Dzel</u>	8	8	8	Yucatan	Yucatan	74	M											Glucosa 145 mg/dl Antígeno		<i>[Signature]</i>
	5 <u>Tomasa ceem</u>	37	3	37	Yucatan	Yucatan	82	F											Glucosa 240 mg/dl		<i>[Signature]</i>
	6 <u>F Lorentha chand caender</u>	2	9	2	Yucatan	Yucatan	47	F											Glucosa 248mg/dl		<i>[Signature]</i>
	7 <u>Adelina Herrera chand</u>	15	10	15	Yucatan	Yucatan	81	M											Glucosa 110mg/dl Antígeno Prostate		<i>[Signature]</i>
	8 <u>Rafaela chmal caender</u>	35	08	35	Yucatan	Yucatan	82	F											Glucosa 174mg/dl		<i>[Signature]</i>
	9 <u>ideltona Nah KU</u>	54	01	54	Yucatan	Yucatan	55	F											Glucosa 125mg/dl		<i>[Signature]</i>
	10 <u>Isida coll Sanchez</u>	56	12	56	Camp	Camp		F											Glucosa 232 mg/dl		<i>[Signature]</i>

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcionan, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas, asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no está asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodprivacidad>.



Entimaz Carlos Enrique Aviles de los  
Cordero

NOMBRE DE LA UNIDAD: Casa de Salud  
NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: Spha mury

Fecha	No.	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.			EST. DE NAC.			Edad	Sexo M F	1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indigena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido	
			DD	MM	AA	DD	MM	AA														
		1 Hanno Dzib cenul	28	09	90	QRO	29	F	L										glucosa 145mg/dl Anti-gluco prostheco			
		2 Kora Caemel Juanta	01	01	57	QRO	63	F	L										glucosa 172mg/dl			
		3 Edmundo can macho	20	05	52	Yucatan	67	M	L										glucosa 343mg/dl Anti-gluco prostheco			
		4 Freccera Peth cenul	25	09	54	QRO	69	F	L										glucosa 237mg/dl			
		5 Abunda Dzib May	20	07	72	QRO	47	F	L										glucosa 107 mg/dl			
		6 Hermelindo Peth cenul	15	09	59	QRO	60	F	L										glucosa 369 mg/dl			
		7 Agustina Bahall fanel	28	09	90	QRO	29	F	L										glucosa 137mg/dl			
		8																				
		9																				
		10																				

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcionan, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas de seguridad y de privacidad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recibido. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociada con el titular de los datos personales, por lo que no se hará posible su identificación. Para mayor detalle consulte nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/aviso-de-privacidad>.



NOMBRE DE LA UNIDAD: Centro de Salud  
NOMBRE DEL MÉDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA: Dr. David Antonio

HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA  
Correspondiente al Mes 9-DIC-19

CEDELA PROFESIONAL

correspondiente al año 2019

Fecha	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo		1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
					M	F											
	CURP <u>BAGC790302M VZTRAR08</u>	79 03 2	Veracruz	40		F	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa casual	glucosa casual	Cruz Baustista Garcia
	CURP <u>CXCA7502124HYVWU06</u>	1975 02 2	Veracruz	44		F	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa casual	glucosa casual	Angela Lopez
	CURP <u>CXAS0924HYVU PR07</u>	50 09 24	Veracruz	69		M	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa casual	glucosa en ayuno	Cruz Baustista Garcia
	CURP <u>BAGC790302M VZTRAR08</u>	79 03 2	Veracruz	40		F	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa casual	glucosa en ayuno	Cruz Baustista Garcia
	CURP <u>YAXV580224HYVUAD09</u>	58 02 22	Tobasco	43		M	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa casual	Antigeno Prostat.	Antigeno Prostat.
	CURP <u>YAM XE9006B VIDAL</u>	60 06 01	Yucatan	81		M	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa casual	Antigeno Prostat.	UYX
	CURP <u>CXCA500924HYVU PR07</u>	50 09 24	Veracruz	69		M	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa en ayuno	Antigeno Prostat.	Antigeno Prostat.
	CURP <u>CAKJ591227HYVUCM09</u>	59 12 27	Yucatan	60		M	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa en ayuno	Antigeno Prostat.	Antigeno Prostat.
	CURP <u>9 Patulcia Cauch D'Al</u>	66 09 27	Yucatan	21		F	<input checked="" type="checkbox"/>								glucosa casual	Antigeno Prostat.	Antigeno Prostat.
	CURP <u>YATL830721HYVUHZR01</u>	83 07 21	Yucatan	36		M	<input checked="" type="checkbox"/>								Glucosa casual	Antigeno Prostat.	Antigeno Prostat.

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcionan, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/vistadepublicidad>.

Dr. Responsable de la Unidad:

SAUD



HONORABLE AYUNTAMIENTO DE TULUM QUINTANA ROO  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA

NOMBRE DE LA UNIDAD: Fce Ah Day  
NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA CONSULTA:

Correspondiente al Mes 12-01-19

CEDULA PROFESIONAL

Dr. Guillermo Casarez Solis  
Médico @parque  
Médico de Familia  
Tulum  
correspondiente al año

Fecha	NOMBRES APELLIDOS PATERNOS APELLIDOS MATERNOS	FEC. DE NAC.	EST. DE NAC.	Edad	Sexo		1a vez (Diagnóstico)	Subsecuente (Diagnóstico)	SPSS	PROSPERA	HAS(1) DM(2) EMB(3)	Migrante	Indígena	Discapacidad	Diagnóstico	Medicamentos	Firma de Recibido
					M	F											
	CURP <u>FORAUCA</u>	DD MM AA <u>4 Jun 75</u>	<u>Quintana Roo</u>	<u>44</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 155 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	1 Clara Ruiz Almanza	DD MM AA <u>4 Jun 75</u>	<u>Quintana Roo</u>	<u>44</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa ayuno 133 mg/dl</u>	<u>Antigua medicina</u>	<u>[Firma]</u>
	CURP <u>HIDGE790513HTCAURDO</u>	DD MM AA <u>13 05 79</u>	<u>Yucatán</u>	<u>40</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa ayuno 127 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	2 Hecla Gonzalez Cruz	DD MM AA <u>2 Jun 82</u>	<u>Quintana Roo</u>	<u>37</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 162 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	CURP <u>HUGET790513HTCAURDO</u>	DD MM AA <u>01 Jun 79</u>	<u>Yucatán</u>	<u>59</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 189 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	3 Cesar Mis Lana Edo	DD MM AA <u>13 Jun 85</u>	<u>Yucatán</u>	<u>33</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 181 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	CURP <u>DAAVG110101HYDRMCOY</u>	DD MM AA <u>01 Jun 81</u>	<u>Yucatán</u>	<u>37</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 195 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	4 Victor Jose Mercedes Amador	DD MM AA <u>14 Jun 84</u>	<u>Yucatán</u>	<u>34</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 226 mg/dl</u>	<u>antigano prediabetico</u>	<u>[Firma]</u>
	CURP <u>FORAUCA</u>	DD MM AA <u>26 Jun 82</u>	<u>Yucatán</u>	<u>36</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 129 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	5 Maria Leticia Chelam	DD MM AA <u>09 Jun 86</u>	<u>Yucatán</u>	<u>32</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 152 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	CURP <u>FORAUCA</u>	DD MM AA <u>14 Jun 84</u>	<u>Yucatán</u>	<u>34</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 129 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	6 May Day Ana Echeverre	DD MM AA <u>09 Jun 86</u>	<u>Yucatán</u>	<u>32</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 129 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	CURP <u>FORAUCA</u>	DD MM AA <u>26 Jun 82</u>	<u>Yucatán</u>	<u>36</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 152 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	7 Adriana May Day	DD MM AA <u>09 Jun 86</u>	<u>Yucatán</u>	<u>32</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 129 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	CURP <u>MIEES60627HYDSSMGI</u>	DD MM AA <u>26 Jun 82</u>	<u>Yucatán</u>	<u>36</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 152 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	8 Emiliano Nls Estrella	DD MM AA <u>09 Jun 86</u>	<u>Yucatán</u>	<u>32</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 129 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	CURP <u>CHATA971008MARRU25G4</u>	DD MM AA <u>08 Oct 97</u>	<u>Quintana Roo</u>	<u>20</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 152 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	9 Astrid Daella Canaiz	DD MM AA <u>17 Jun 85</u>	<u>Yucatán</u>	<u>33</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 152 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	CURP <u>TEPH710105MYUCTR01</u>	DD MM AA <u>05 Jun 71</u>	<u>Yucatán</u>	<u>47</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 152 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>
	10 Hemelinda Te Pat	DD MM AA <u>17 Jun 85</u>	<u>Yucatán</u>	<u>33</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								<u>glucosa casual 152 mg/dl</u>		<u>[Firma]</u>

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcionan, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normativa que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas, asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisooprivacidad>.



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

# TULUM

2018-2021

## SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



## REGISTRO DE PESO Y TALLA, CIRCUNFERENCIA DE CINTURA E IMC AREA DE NUTRICIÓN

CASA DE SALUD: Francisco uh May

FECHA: 11-12 Dic-19

NOMBRE	EDAD	PESO	TALLA	CIRCUNF. CINTURA	IMC
Maria Fernanda Lopez	24	65	147	93	110/80
Torres Navarro Leoncio	69	83	180		110/90
Julia de la Cruz Ruiz	63	73.800	1.73	99	120/60
Ruben Acosta Mendez	50	82.2	187	98	120/80
Acosta Sanchez Gordia	66	95.4	168	113	120/70
Sanchez Montego Elizabeth	38	96.1	162	105	110/60
Caemel Mana Lourdes	43	80.5	147	108	120/70
Clara Ruiz Almanza	44	71.2	154	96 cm	120/80
Huerta Gonzales Eric	40	71.8	169	86 cm	120/70
Davides Amadoria Victor Jose	59	90	178	107 cm	110/60
May Nah Ana Patricia	25	58.8	141	82 cm	120/80
Adrian May May	27	67.4	154	86 cm	120/70
Emiliano dos Estrella	63	76.2	157	101 cm	110/60
Astrid Nocha canul	22	58.4	157	81 cm	120/70
Ek Ruiz Julia Beths	23	90	160	103 cm	120/70
Mana Genevra Tch	68	67	150		120/80
<del>Chelmin</del> Mana Fidalia	37	65	158	91	120/70
Hermelinda Tec Pat	49	70	163	97	110/80
Suave Nunes Lopez	22	60.3	159	89	100/60
Jorge Nahuelth dulum	65	90.2	180	102	110/70



DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM

2019-2021

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



REGISTRO DE PESO Y TALLA, CIRCUNFERENCIA DE CINTURA E IMC AREA DE NUTRICIÓN

Schcomuruy 5 / Dic / 19

NOMBRE	EDAD	PESO	TALLA	CIRCUNF. CINTURA	IMC
Honorio Dzib Canul	41	70.9	156		
Carmel Juana	63	53.5	140		
Edmundo Can Canche	67	60	147		
Crecencia Pech Canul	69	64	153		
Abunda Dzib May	47	70	163		
Hermelinda Pech	60	57	155		

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

# TULUM

2019-2021

# SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



Casa de Salud San Juan 4/DIC/19

## REGISTRO DE PESO Y TALLA, CIRCUNFERENCIA DE CINTURA E IMC AREA DE NUTRICIÓN

NOMBRE	EDAD	PESO	TALLA	CIRCUNF. CINTURA	IMC T/A
Liberato Ku can	72	71	152	101	120/80
Rafael canche chan	70	79	148	105	140/80
cuendy Margeli Ku May		64	150	84	110/70
Nemesio May Dzib	74	75	154	98	140/80
Tomasa cocom Heredia		90	142	115	120/80
florantina chimel canche	47	68	147	90	80/80
Adolfino Herrera chimel		56	152	90	120/70
Rafaela chimel canche		55	155	69	140/60
Idelfonso Nah ku	55	61	141	93	140/80
Isidora Colli Sanchez		47	142	69	100/60
Maria anita May Dzib	63	56	135	109	140/60
Garcia Markar	65	69.5	147	98	140/70
Saura canche	29	53	142	112	130/70
Jail Israel	29	64	156	94	110/70
Daniel Dzil	59	62	152	90	110/70
Alfredo Ku chan	43	60	153	90	110/70

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



# DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

# TULUM

2018-2021

## SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



### REGISTRO DE PESO Y TALLA, CIRCUNFERENCIA DE CINTURA E IMC AREA DE NUTRICIÓN

CASA DE SALUD: Manuel Antonio Ay

FECHA: 9-DIC-19

NOMBRE	EDAD	PESO	TALLA	CIRCUNF. CINTURA	IMC
Emilia Irene Cauich	48	57.5	147	85	120/70
Juan Evangelista Kumul	60	67	167	93	110/70
Gerardo Comet	70	94.6	164	110	16/80
Porfirio Cenche cupul	<del>68</del>	70	162	98 cm	120/80
Maria salome Cauich Kumul	43	70	152		110/70
Maria Jose Hao Yam	19	70.5	144	94 cm	116/70
wendy Elizabeth Ewan	21	<del>67.5</del>	154	95 cm	120/80
Andres Cauich Chulum	31	68	165	78 cm	110/80
Cruz Bautista Garcia	40	79	155	100 cm	160/100
Angelica Mona Cenche Cenche	44	59	147	85	130/80
Naiy Aban mac	30	69	158	97 cm	120/70
01/01/19 Julio Cesar Cardona Rodriguez	43	86	169	104	120/80
Yam XE queb vidal	61	69	152	102	100/70
Cenche cupul norelio	69	86	155	113	130/90
Patricia cauich	21	47.5	140	63	120/80
Yam Tui Jose Lorenza	36	74	153	96	120/80
Heriberto Rosales Bobledo	54	69	184	86	

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.

# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 08/11/19 Nombre: Liberto Ku cen Edad: 72 F.Nac. 17/08/46  
 Edo.Nac.: Yucatán Domicilio paciente-calle: Conoabo N°ext: - N°int: - Estado: QRO  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: conocido Localidad: Fco un May C.P. \_\_\_\_\_  
 Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Unidad de Salud que registra: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: \_\_\_\_\_

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input type="radio"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

9

**Valoración:**  
 0 Normal  
 1-7 sintomatología leve  
 8-19 sintomatología moderada  
 Arriba de 20 sintomatología severa

Realizar APE y tacto rectal

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

### 8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”

Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 1

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de <input type="checkbox"/>
Sospechoso <input type="checkbox"/>	Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cuantitativo <input type="checkbox"/> _____ng/ml	Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Tamsulosina <input type="checkbox"/>	Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Urología y otro <input type="checkbox"/>	Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>

# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 01/01/19 Nombre: Juan Xc queb uida Edad: 61 F.Nac. 24/01/58  
 Edo.Nac.: Yucatán Domicilio paciente-calle: conocido N°ext: — N°int: — Estado: QRO  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: — Localidad: Manuel Antonio M.C.P.  
 Jurisdicción: — Teléfono: — Unidad de Salud que registra: Casa de salud Manuel Ant.  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: —

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

**Valoración:**

- 0 Normal
- 1-7 sintomatología leve
- 8-19 sintomatología moderada
- Arriba de 20 sintomatología severa

Realizar APE y tacto rectal

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”  
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida =   

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Cuantitativo <input type="checkbox"/> _____ng/ml	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/> FECHA _____	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	



# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 03/12/19 Nombre: Jesus Cruz Martinez Edad: 49 F.Nac. 26/04/70  
 Edo.Nac.: Guerrero Domicilio paciente-calle: \_\_\_\_\_ N°ext: \_\_\_\_\_ N°int: \_\_\_\_\_ Estado: Q Roo  
 Mpio./Deleg.: \_\_\_\_\_ Col: \_\_\_\_\_ Localidad: Tulum C.P. 77760  
 Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Teléfono: 9982657971 Unidad de Salud que registra: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: \_\_\_\_\_

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

Valoración:	0 Normal	<input type="checkbox"/>
	1-7 sintomatología leve	<input type="checkbox"/>
Realizar APE y tacto rectal	8-19 sintomatología moderada	<input type="checkbox"/>
	Arriba de 20 sintomatología severa	<input type="checkbox"/>

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”  
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = \_\_\_\_\_

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
Sospechoso <input type="checkbox"/>		Cuantitativo <input type="checkbox"/> _____ ng/ml		Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/> FECHA _____		Urología y otro <input type="checkbox"/>	
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	



# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 03/12/19 Nombre: Agileo Morayta Linarez Edad: 50 F.Nac. 29/12/70  
 Edo.Nac.: \_\_\_\_\_ Domicilio paciente-calle: \_\_\_\_\_ N°ext.: \_\_\_\_\_ N°int.: \_\_\_\_\_ Estado: Q.Roo  
 Mpio./Deleg.: \_\_\_\_\_ Col: \_\_\_\_\_ Localidad: Tulum C.P. 77760  
 Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Teléfono: 9982657971 Unidad de Salud que registra: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: \_\_\_\_\_

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input type="radio"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input type="radio"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input type="radio"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input type="radio"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

Valoración: **0 Normal**  
 1-7 sintomatología **leve**  
 8-19 sintomatología **moderada**  
 Arriba de 20 sintomatología **severa**

Realizar APE y tacto rectal

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

### 8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”

Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 2

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Cuantitativo _____ ng/ml	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/> FECHA _____	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>

# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 10/10/19 Nombre: Cavich Kamel Juan Edad: 60 F.Nac. 27/12/59  
 Edo.Nac.: Yucatán Domicilio paciente-calle: Conocabo N°ext: - N°int: - Estado: Q.R.O.  
 Mpio./Deleg.: Tolom Col: Manuel Antonio Ay Localidad: - C.P.: -  
 Jurisdicción: - Teléfono: - Unidad de Salud que registra: -  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: -

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

3

Valoración: **0** Normal   
**1-7** sintomatología leve   
**8-19** sintomatología moderada   
**Arriba de 20** sintomatología severa   
 Realizar APE y tacto rectal

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

### 8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”

Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 1

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA <u>-</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>-</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>-</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>-</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>-</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>-</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>-</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>

# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 5 / 06 / 19 Nombre: Honorio Dab canul Edad: 41 F.Nac. 30 / sep / 78  
 Edo.Nac.: QRO Domicilio paciente-calle: caracada N°ext: - N°int: - Estado: QRO  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: caracada Localidad: Sahcamucay C.P. \_\_\_\_\_  
 Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Unidad de Salud que registra: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: \_\_\_\_\_

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

1

**Valoración:**

0 Normal

1-7 sintomatología leve

Realizar 8-19 sintomatología moderada

APE y tacto rectal Arriba de 20 sintomatología severa

"Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer"

8. "Calidad de vida según sus síntomas urinarios"  
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 2

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
Sospechoso <input type="checkbox"/>		Cuantitativo <input type="checkbox"/> _____ ng/ml		Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/>		Urología y otro <input type="checkbox"/>	
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	

# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 10/11/19 Nombre: Concho Angel Arellano Edad: 69 F.Nac. 24/09/50  
 Edo.Nac.: Yucatan Domicilio paciente-calle: - N°ext: - N°int: - Estado: GRU  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: conocido Localidad: Manuel Antonio C.P. -  
 Jurisdicción: - Teléfono: - Unidad de Salud que registra: -  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: -

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

3

Valoración: **0 Normal**  
 1-7 sintomatología **leve**  
 8-19 sintomatología **moderada**  
 Arriba de 20 sintomatología **severa**

Realizar APE y tacto rectal

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

### 8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”

Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 1

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
Sospechoso <input type="checkbox"/>		Cuantitativo <input type="checkbox"/> _____ng/ml		Tamsulosina <input type="checkbox"/>		Urología y otro <input type="checkbox"/>	
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	

# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 5 / IX / 19 Nombre: Edmundo con canche Edad: 67 F.Nac. 20 / XII / 52  
 Edo.Nac.: Yucatán Domicilio paciente-calle: Carretera N°ext: — N°int: — Estado: Q.R.O.  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: Carretera Localidad: Bhcomway C.P. —  
 Jurisdicción: — Teléfono: — Unidad de Salud que registra: —  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: —

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

3

**Valoración:**

- 0 Normal
- 1-7 sintomatología leve
- 8-19 sintomatología moderada
- Arriba de 20 sintomatología severa

Realizar APE y tacto rectal

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”  
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 1

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA <u>—</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>—</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>—</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>—</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>—</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>—</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>—</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>



# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 4 / DIC / 14 Nombre: Nemesio May pzeb Edad: 60 F.Nac. 1 / 8 / 59  
 Edo.Nac.: Yucatán Domicilio paciente-calle: conocada N°ext: — N°int: — Estado: Q20  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: conocada Localidad: San Juan C.P. —  
 Jurisdicción: — Teléfono: — Unidad de Salud que registra: —  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: —

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

12

Valoración:

0	Normal	<input type="checkbox"/>
1-7	sintomatología <u>leve</u>	<input type="checkbox"/>
8-19	sintomatología <u>moderada</u>	<input type="checkbox"/>
Arriba de 20	sintomatología <u>severa</u>	<input type="checkbox"/>

Realizar APE y tacto rectal

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”  
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = —

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/> FECHA <u>—</u>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA <u>—</u>	PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>—</u>	PENDIENTE <input type="checkbox"/>	PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>—</u>	PENDIENTE <input type="checkbox"/>



# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 4/02/19 Nombre: Rafael Andrés Chan Edad: 70 F.Nac. 24/11/49  
 Edo.Nac.: Vocatan Domicilio paciente-calle: Carretera N°ext: — N°int: — Estado: QRO  
 Mpio./Deleg.: Toluca Col: — Localidad: San Juan d' los Rios C.P. —  
 Jurisdicción: — Teléfono: — Unidad de Salud que registra: —  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: —

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

2

Valoración:	0 Normal	<input type="checkbox"/>
	1-7 sintomatología leve	<input type="checkbox"/>
Realizar APE y tacto rectal	8-19 sintomatología moderada	<input type="checkbox"/>
	Arriba de 20 sintomatología severa	<input type="checkbox"/>

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”  
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 4

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/>	Cualitativo Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
Sospechoso <input type="checkbox"/>	Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cuantitativo <input type="checkbox"/> ng/ml	Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	FECHA _____			
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>



# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 4 / DIC / 18 Nombre: Adelfino Herrera Edad: 82 F.Nac. 15 / 08 / 35  
 Edo.Nac.: GRU Domicilio paciente-calle: conocido N°ext: — N°int: — Estado: GRU  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: conocido Localidad: San Juan C.P. \_\_\_\_\_  
 Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Unidad de Salud que registra: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: \_\_\_\_\_

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

2

Valoración:	0 Normal	<input type="checkbox"/>
	1-7 sintomatología leve	<input type="checkbox"/>
Realizar APE y tacto rectal	8-19 sintomatología moderada	<input type="checkbox"/>
	Arriba de 20 sintomatología severa	<input type="checkbox"/>

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”  
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 1

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/>	Cualitativo Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
Sospechoso <input type="checkbox"/>	Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cuantitativo <input type="checkbox"/> _____ ng/ml	Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	FECHA _____			
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	

# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 4 / DIC / 19 Nombre: Pedro uh Edad: 38 F.Nac. 11 / Jun / 81  
 Edo.Nac.: QZO Domicilio paciente-calle: Concudo N°ext: - N°int: - Estado: QZO  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: - Localidad: San Juan C.P.: -  
 Jurisdicción: - Teléfono: - Unidad de Salud que registra: -  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: -

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

Valoración:	0 Normal	<input type="checkbox"/>
	1-7 sintomatología leve	<input type="checkbox"/>
Realizar APE y tacto rectal	8-19 sintomatología moderada	<input type="checkbox"/>
	Arriba de 20 sintomatología severa	<input type="checkbox"/>

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

### 8. "Calidad de vida según sus síntomas urinarios"

Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida =     

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA <u>    </u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>    </u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>    </u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>    </u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>    </u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>    </u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>    </u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>

# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 12 / DIC / 19 Nombre: Hoesta Gonzales Erick Edad: 40 F.Nac. 13 / 05 / 79  
 Edo.Nac.: Yucatán Domicilio paciente-calle: Conocudo N°ext: - N°int: - Estado: QRO  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: conocudo Localidad: Francisco un May C.P.  
 Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Unidad de Salud que registra: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: \_\_\_\_\_

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

4

**Valoración:**

- 0 Normal
- 1-7 sintomatología leve
- 8-19 sintomatología moderada
- Arriba de 20 sintomatología severa

Realizar APE y tacto rectal

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”  
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 1

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
Sospechoso <input type="checkbox"/>		Cuantitativo <input type="checkbox"/> _____ng/ml		Tamsulosina <input type="checkbox"/>		Urología y otro <input type="checkbox"/>	
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	

# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 12/12/19 Nombre: Emiliano Mio Estrella Edad: 63 F.Nac. 27/06/56  
 Edo.Nac.: Yucatán Domicilio paciente-calle: Conocudo N°ext: — N°int: — Estado: 980  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: conocudo Localidad: Marcano Gomez C.P. —  
 Jurisdicción: — Teléfono: — Unidad de Salud que registra: —  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: —

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

3

**Valoración:**  
 0 Normal   
 1-7 sintomatología leve   
 8-19 sintomatología moderada   
 Arriba de 20 sintomatología severa   
 Realizar APE y tacto rectal

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

### 8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”

Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 1

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Cuantitativo <input type="checkbox"/> _____ng/ml	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/> FECHA _____	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	

# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 17 / DIC / 19 Nombre: Ruben Acosta Mendez Edad: 50 F.Nac. 11 / 02 / 69  
 Edo.Nac.: Yucatan Domicilio paciente-calle: conocida N°ext: — N°int: — Estado: Q20  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: conocida Localidad: Macario Gomez C.P. —  
 Jurisdicción: — Teléfono: 876 114 0699 Unidad de Salud que registra: —  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: —

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

7

Valoración: **0 Normal**  
 1-7 sintomatología **leve**  
 8-19 sintomatología **moderada**  
 Arriba de 20 sintomatología **severa**

Realizar APE y tacto rectal

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

### 8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”

Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 3

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Cuantitativo <input type="checkbox"/> _____ng/ml	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/> FECHA _____	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>			

# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 10 / DIC / 19 Nombre: Heriberto Rosales Robledo Edad: 54 F.Nac. 25 / 1 / 65  
 Edo.Nac.: Chiapas Domicilio paciente-calle: Crocado N°ext: — N°int: — Estado: QRO  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: Conocida Localidad: Manuel Antonio C.P. —  
 Jurisdicción: — Teléfono: — Unidad de Salud que registra: —  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: —

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

4

**Valoración:** 0 Normal  
 1-7 sintomatología leve  
 8-19 sintomatología moderada  
 Arriba de 20 sintomatología severa

Realizar APE y tacto rectal

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”  
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 1

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA <u>—</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>—</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>—</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>—</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>—</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>—</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA <u>—</u> PENDIENTE <input type="checkbox"/>



# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 4 / 01 / 19 Nombre: Liberato Ko cen Edad: 72 F.Nac. 17 / 8 / 46  
 Edo.Nac.: Yucatan Domicilio paciente-calle: conocabo N°ext: - N°int: - Estado: GRU  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: conocabo Localidad: San Juan de Dios C.P. \_\_\_\_\_  
 Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Unidad de Salud que registra: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: \_\_\_\_\_

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

3

**Valoración:**

- 0 Normal
- 1-7 sintomatología leve
- 8-19 sintomatología moderada
- Arriba de 20 sintomatología severa

Realizar APE y tacto rectal

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

### 8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”

Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 1

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Cuantitativo <input type="checkbox"/> _____ng/ml	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/> FECHA _____	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>

# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 4 / DIC / 19 Nombre: Higinio Poc May Edad: 43 F.Nac. 11 / ene / 76  
 Edo.Nac.: Tlaxcala Domicilio paciente-calle: C-13-C/14-C/12/17 N° ext: \_\_\_\_\_ N° int: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Mpio./Deleg.: San Juan Col: Tulum - Quez Localidad: San Juan C.P. 77794  
 Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Unidad de Salud que registra: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: \_\_\_\_\_

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

Valoración: **0 Normal**   
 Realizar APE y tacto rectal **1-7 sintomatología leve**   
**8-19 sintomatología moderada**   
**Arriba de 20 sintomatología severa**

"Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer"

### 8. "Calidad de vida según sus síntomas urinarios"

Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida =

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
Sospechoso <input type="checkbox"/>		Cuantitativo <input type="checkbox"/> _____ng/ml		Tamsulosina <input type="checkbox"/>		Urología y otro <input type="checkbox"/>	
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>				Tolterodina <input type="checkbox"/>			
				FECHA _____			
				NO REQUIERE <input type="checkbox"/>			
						FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	



# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 15 / 12 / 19 Nombre: Alisabel May Nahuel Edad: 69 F.Nac. 08 / 11 / 50  
 Edo.Nac.: Q. Roo Domicilio paciente-calle: YAXCHE N°ext.: \_\_\_\_\_ N°int.: \_\_\_\_\_ Estado: Q Roo  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col.: \_\_\_\_\_ Localidad: YAXCHE C.P.: \_\_\_\_\_  
 Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Unidad de Salud que registra: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: \_\_\_\_\_

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Intermittencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

2

**Valoración:** 0 Normal  2  
 1-7 sintomatología leve   
 Realizar 8-19 sintomatología moderada   
 APE y tacto rectal Arriba de 20 sintomatología severa

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”  
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 1

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3	4	5	6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>

# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 15/12/19 Nombre: Rufino Tun Ay Edad: 67 F.Nac. 30/12/  
 Edo.Nac.: O.Roo Domicilio paciente-calle: 4ta CITE N°ext: \_\_\_\_\_ N°int: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Unidad de Salud que registra: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: \_\_\_\_\_

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

3

Valoración: **0 Normal**   
 1-7 sintomatología **leve**   
 Realizar 8-19 sintomatología **moderada**   
 APE y tacto rectal Arriba de 20 sintomatología **severa**

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”  
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = \_\_\_\_\_

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>



# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 15 / 12 / 19 Nombre: Cosme Damian Ay Mab Edad: 59 F.Nac. 27 / 09 / 60  
 Edo.Nac.: Q. Roo Domicilio paciente-calle: C-6 loc. Yaxche N°ext: \_\_\_\_\_ N°int: \_\_\_\_\_ Estado: Q. Roo  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Unidad de Salud que registra: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: \_\_\_\_\_

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

**Valoración:**

- 0 Normal
- 1-7 sintomatología leve
- 8-19 sintomatología moderada
- Arriba de 20 sintomatología severa

Realizar APE y tacto rectal

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”  
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = \_\_\_\_\_

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>



# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 15/12/19 Nombre: Ambrosia Chan Cen Edad: 07 F.Nac. 7/12/52  
 Edo.Nac.: O.Rod Domicilio paciente-calle: \_\_\_\_\_ N°ext.: \_\_\_\_\_ N°int.: \_\_\_\_\_ Estado: O.Rod  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Unidad de Salud que registra: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: \_\_\_\_\_

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Intermittencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla: 9

Valoración: **0 Normal**  
 Realizar APE y tacto rectal **1-7 sintomatología leve**  
**8-19 sintomatología moderada**  
**Arriba de 20 sintomatología severa**

"Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer"

8. "Calidad de vida según sus síntomas urinarios"  
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = \_\_\_\_\_

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>



# CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: 10/01/19 Nombre: Julio Cesar Cordova Rodriguez Edad: 43 F.Nac. 22/11/76  
 Edo.Nac.: Yucasco Domicilio paciente-calle: Manuel Antonio N°ext: - N°int: - Estado: GRU  
 Mpio./Deleg.: Tulum Col: Manuel Antonio Ay Localidad: - C.P. -  
 Jurisdicción: - Teléfono: - Unidad de Salud que registra: Casa de salud Manuel Ant.  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: -

## ¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las	La mitad de las	Más de la mitad	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

7

**Valoración:**

- 0 Normal
- 1-7 sintomatología leve
- 8-19 sintomatología moderada
- Arriba de 20 sintomatología severa

Realizar APE y tacto rectal

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

8. “Calidad de vida según sus síntomas urinarios”  
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto? Índice de calidad de vida = 1

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/> Urología y otro <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/>
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>



DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL  
H. AYUNTAMIENTO  
**TULUM**



Fecha: 17/oct/19 Hora de Inicio: 11:00 AM Hora de Finalización: 3:00 PM

TIPO: PLATICA  TALLER  MEDICO   
ENFERMERO (A)  PROMOTOR DE SALUD  CASA DE SALUD

Tema: Taller "alimentos saludables para niños de 3-6 años" Localidad: Jardín de niños cba. Jacinto Canek.

No	NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD A M	SEXO M F	FIRMA NOM. Y SELLO DE ESC.
1	Maria Gee	Chan	Hau	47	F	Maria Guadalupe
2	Mirian	Caamal	Cauchich	24	F	M. P.S.
3	Martha Patricia	Denis	Alcudia	27	F	M.P.S.
4	Marisol Caamal Mas	Caamal	Mas	32	F	Marisol
5	Geovanni	Roblero	Hernández			
6	Maria Antonia	Dzib	Balam	25	F	M. Antonia
7	Maria Pascuala	Uitzil	Kumul	27	F	M. Pascuala K.
8	Eulogia	Choc	Hau	29	F	Eulogia Choc H.
9	Raquel Vela	Vela	Chan	20	F	Raquel
10	Agustina	tee	Cahun	33	F	Agustina Lee
11	Viderma	Xooc	Cocom	27	F	Viderma Xoc Cocom
12	Fatima del Socorro	chimal	Hau	32	F	Fatima Chimal Hal
13	Laura Patricia	Chan	TEP	26	F	Laura P. Tep
14	Marcelina <del>Tepezab</del>	Tuz	Dzib	30	F	Marcelina
15	Sandra Minerva	Noh	Uicab	28	F	S. Minerva Noh
16	Orla Siderarail	Deul	Pat	36	F	Orla Siderarail
17	Leidy Lorenza	Oy	Paat	27	F	Leidy L.
18	Maria del Rosario	Cahun	COCOM	28	F	Rosario Cahun Cocom
19	Maria Geemi	cepal	cupul	27	F	Maria Geemi Cepal
20	Maria Gabriela	CUPUL	KUYOC	32	F	M. Gabriela Cupul
21	Mirna Esther	Puc	Chan	23	F	Mirna Puc Chan
22	Guadalupe Anai	Cocom	Kumul	25	F	Guadalupe Anai
23	Adda Lucely	May	Caamal	22	F	Adda Lucely M.C.
24	Ana Patricia	Chan	CUPUL	20	F	Ana Chan
25	Martha Leticia <del>Chan</del>	Chan	Cupul	29	F	Leticia

FACILITADOR Nutriólogo Jimi Chimal FIRMA

**SEQ**

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de 163 sujetos obligados, el Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcionan los participantes protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.

SERVICIOS EDUCATIVOS DE QUINTANA ROO  
JARDÍN DE NIÑOS "JACINTO CANEK"  
CLAVE 23D3N0098





DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL  
 H. AYUNTAMIENTO  
**TULUM**



Fecha: 17/01/19 Hora de Inicio: 11:00 AM Hora de Finalización: 3:00 PM

TIPO: PLATICA  TALLER  MEDICO   
 ENFERMERO (A)  PROMOTOR DE SALUD  CASA DE SALUD

Tema: Taller "alimentos saludables para niños" Localidad: Jardín de niños caba Jacinto Canek

No	NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD		SEXO		FIRMA NOM. Y SELLO DE ESC.
				A	M	M	F	
1	AGUSTINA	CUPUL	VICAR	36		F		<i>[Signature]</i>
2	Lidia	MAY	CIAO	40		F		<i>[Signature]</i>
3	Flora	CHAN	TEP	21		F		<i>[Signature]</i>
4	Héidi Araceli	VICAR	CASTRO	25		F		<i>[Signature]</i>
5	Laura L. Itza Muzon	ITZA	MUZON	36		F		<i>[Signature]</i>
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

FACILITADOR Nutriólogo Jim Chal FIRMA *[Signature]* **SEQ**

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.