Calendario Menstrual

Conoce tu cuerpo, escucha tus síntomas y cuida tu salud.

Mi salud no es lineal y está bien.

Mes: _____ Año: _____ Duración promedio de mi ciclo: _____ días

Fecha inicio de este ciclo: / /

DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Sangrado Intensidad Manchado Leve Moderado Abundante	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor (0 = nada 10 = insoportable)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Energía (0 = sin energía 10 = mucha energía)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

SÍNTOMAS FÍSICOS

(comunes en adenomiosis, endometriosis, SOP)

Dolor pélvico	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor lumbar	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Cólicos	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Inflamación / hinchazón	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Náuseas	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Fatiga / cansancio	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Sensibilidad en senos	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor al orinar	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dolor al tener relaciones	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Estreñimiento / diarrea	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Otros: _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

SÍNTOMAS EMOCIONALES Y HORMONALES

Irritable	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ansiosa	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Triste / sensible	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Cambios de humor	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Baja motivación	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Niebla mental	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Antojos / hambre	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Insomnio	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Mayor necesidad de descanso	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Otros: _____	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR

Estrés (0-10)	Sueño (horas)	Ejercicio (min)	Alimentación (calidad)
○	○	○	○
○	○	○	○
○	○	○	○
○	○	○	○
○	○	○	○
○	○	○	○
○	○	○	○
○	○	○	○
○	○	○	○

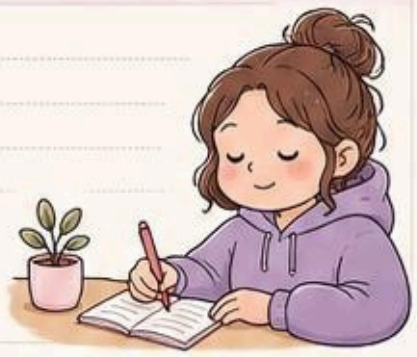
Alimentación (calidad)

- Muy poco saludable
- Poco saludable
- Neutra
- Saludable
- Muy saludable

MEDICACIÓN / TRATAMIENTOS

Día	¿Qué tomé? / Dosis / Motivo

NOTAS DEL DÍA



OTROS REGISTROS DIARIOS

Agua (vasos)	Sueño (calidad)	Ejercicio (tipo)
○ ○ ○ ○	☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
○ ○ ○ ○	☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
○ ○ ○ ○	☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
○ ○ ○ ○	☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
○ ○ ○ ○	☆ ☆ ☆ ☆ ☆	

OBSERVACIONES IMPORTANTES / PATRONES

¿Qué patrones notas en tu ciclo? ¿Hay síntomas que se repiten antes o durante tu periodo?

PARA COMPARTIR CON MI MÉDICA

Este mes mis síntomas más intensos fueron:

Días del ciclo en los que fue peor: _____

¿Qué tratamientos / cambios me gustaría evaluar?

RECUERDA

No todos los días serán iguales y está bien. Escucha tu cuerpo, valida lo que sientes y pide ayuda profesional si lo necesitas.

♡ NO ES FLOJERA. ES UNA ENFERMEDAD REAL. ♡