

Este diario está diseñado para ayudarle a llevar un registro y hablar con su médico sobre los posibles síntomas del cáncer de ovario.

Es importante que preste atención a su cuerpo y conozca lo que es normal en usted. Si los síntomas no desaparecen en dos semanas después de intervenciones normales, como tomar laxantes, reposar, o modificar la alimentación y el ejercicio, consulte a su médico.

Síntomas del cáncer de ovario

Marque los círculos por cada día que tenga síntomas.



Hinchazón abdominal

L M M J V S D

L M M J V S D



Dolor pélvico o abdominal

L M M J V S D

L M M J V S D



Dificultad para comer o sentirse llena rápidamente

L M M J V S D

L M M J V S D



Frecuencia urinaria

L M M J V S D

L M M J V S D



Dolor durante las relaciones sexuales

L M M J V S D

L M M J V S D



Dolor de espalda

L M M J V S D

L M M J V S D



Fatiga

L M M J V S D

L M M J V S D



Cambios menstruales

L M M J V S D

L M M J V S D



Malestar estomacal, acidez o estreñimiento

L M M J V S D

L M M J V S D

Para obtener más información sobre los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de ovario, visite ovarian.org y síganos en las redes sociales.



Si ya consultó a su médico por los síntomas y éstos no desaparecen, quizás sea útil completar este diario para darle a su médico más información sobre sus síntomas.

Tenga en cuenta que la información de este diario de síntomas tiene la intención de ayudarle, pero no sustituye el consejo médico de un profesional de la salud.

Necesidad frecuente o urgente de orinar

En promedio, ¿cuántas veces por día va al baño?
(Marque con un círculo).

(1-3) - (4-6) - (7-9) - (10 o más)

Cuando voy al baño, me preocupa no llegar a tiempo.
(Marque con un círculo).

SÍ / NO

Antecedentes personales y familiares

Antecedentes familiares de cáncer

A mi _____ le diagnosticaron cáncer de mama a los ____ años.

A mi _____ le diagnosticaron cáncer de ovario.

A mi _____ le diagnosticaron cáncer de colon.

Antecedentes personales de cáncer

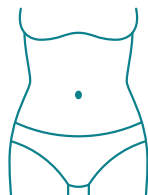
Tuve cáncer de _____.

Dolor pélvico o abdominal

En una escala del 1 al 10, ¿cuál es la intensidad del dolor?
(Marque).

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

En este dibujo, marque dónde siente dolor.



Dificultad para comer o sentirse llena rápidamente

¿Cuánto suele comer antes de sentirse llena?
(Marque con un círculo el plato).



100%



75%



50%



25%

Tuve indigestión, estreñimiento o dificultad para comer ____ veces por mes.

Para obtener más información sobre los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de ovario, visite ovarian.org y síganos en las redes sociales.

