

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
Podemos decir Planned Parenthood? Sí o No

### **Visita Anticonceptiva**

Fecha de su último periodo menstrual \_\_\_\_\_ ¿su periodo fue normal?  Sí  No

Usa condones  Siempre  algunas veces  Nunca

Métodos anticonceptivos que ha usado en el pasado: \_\_\_\_\_

Método anticonceptivo que está usando actualmente: \_\_\_\_\_

Método anticonceptivo que quiere hoy: \_\_\_\_\_

Medicinas que está tomando actualmente \_\_\_\_\_

#### **Revisión de los Sistemas:**

Dolor de Cabeza  Sí  No Sangre Vaginal Anormal  Sí  No

Depresión mental grave  Sí  No ¿Fuma?  Sí  No

Dolor de pecho/falta de aliento  Sí  No Visión borrosa o doble  Sí  No

Dolor abdominal  Sí  No Dolor/hinchazón de piernas  Sí  No

#### **Historia de su familia/social:**

¿Cualquier cambio en la Historia Familiar desde su último examen aquí?  Sí  No

¿Nuevas parejas en los últimos 6 meses?  Sí  No

¿Es víctima de abuso actualmente?  Sí  No

¿Está interesado en recibir asesoramiento o una referencia para asesoramiento?  Sí  No

¿Cualquier cambio en su historial médico personal desde su último examen aquí?  Sí  No

#### **Razón de la Visita:**

¿Esta satisfecho con su método anticonceptivo?  Sí  No

¿Esta usando su método anticonceptivo como fue dirigido?  Sí  No

¿Ha experimentado algún efecto secundario?  Sí  No

¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección en las últimas 2 semanas?  Sí  No

¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos 5 días?  Sí  No

Alergias:  Ninguno  Medicamento(s) \_\_\_\_\_ ¿Látex?  Sí  No