

Utah Cuestionario de autoevaluación sobre anticonceptivos hormonales

Nombre _____ Nombre del profesional médico _____ Fecha _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ (debe tener 18 años) Peso _____ ¿Cuenta con seguro médico? Sí / No

¿Cuándo fue la última vez que visitó a un profesional de la salud de la mujer? _____

¿Es alérgica a algún medicamento? *Sí / No* Si la respuesta es sí, escriba los nombres aquí _____

¿Hay algún método anticonceptivo que prefiera usar?

Píldora diaria Parche semanal Anillo vaginal mensual Inyección (cada 3 meses) Otro (dispositivo intrauterino o DIU, implante)

Información general:

| | | |
|---|--|--|
| 1 | ¿Cree que podría estar embarazada en este momento? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2 | ¿Cuál fue el primer día de su último período menstrual? | ___/___/___ |
| 3 | ¿Ha tomado alguna vez píldoras anticonceptivas o usado un parche, anillo o inyección anticonceptiva? ¿ha recibido anticonceptivos alguna vez? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | ¿Experimentó alguna vez una reacción negativa al utilizar un anticonceptivo hormonal? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | – Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de reacción tuvo? | _____ |
| | ¿Usa actualmente cualquier método anticonceptivo, como píldoras, o un parche, anillo o inyección anticonceptiva? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | – Si la respuesta es sí, ¿cuál usa? | _____ |
| 4 | ¿Le dijo alguna vez un profesional médico que no tome hormonas? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5 | ¿Fuma cigarrillos? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Antecedentes médicos:

| | | |
|----|--|---|
| 6 | ¿Ha tenido recientemente un cambio en el sangrado vaginal que le preocupe? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7 | ¿Ha tenido un bebé en los últimos 21 días? Si la respuesta es sí, ¿hace cuánto tiempo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8 | ¿Está lactando actualmente? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 9 | ¿Tiene diabetes? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 10 | ¿Ha sufrido de migrañas? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 11 | ¿Recibe tratamiento por la enfermedad inflamatoria del intestino? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 12 | ¿Sufre de presión arterial alta, hipertensión o nivel de colesterol alto? (Responda "sí" aun si está controlado con medicamentos) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 13 | ¿Ha tenido alguna vez un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular o le han diagnosticado una enfermedad del corazón? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 14 | ¿Ha tenido alguna vez un coágulo de sangre? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 15 | ¿Le ha dicho alguna vez un profesional médico que está en riesgo de desarrollar un coágulo de sangre? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 16 | ¿Ha tenido una cirugía importante recientemente o planea tener una operación en las próximas 4 semanas? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 17 | ¿Estará inmóvil por mucho tiempo? (por ejemplo, viaje largo en un avión, etc.) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 18 | ¿Ha tenido una operación bariátrica o de reducción del estómago? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 19 | ¿Tiene o ha tenido alguna vez cáncer de mama? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 20 | ¿Ha tenido un trasplante de órgano sólido? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 21 | ¿Tiene o ha tenido alguna vez hepatitis, enfermedad del hígado, cáncer de hígado o enfermedad de la vesícula, o tiene ictericia (piel u ojos amarillos)? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 22 | ¿Tiene lupus, artritis reumatoide o algún trastorno sanguíneo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 23 | ¿Toma medicamentos para convulsiones, tuberculosis (TB), infecciones por hongos o virus de inmunodeficiencia humana (VIH)? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Si la respuesta es sí, escríbalo aquí: | |
| 24 | ¿Tiene algún otro problema médico o toma algún otro medicamento, como hierbas o suplementos? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Si la respuesta es sí, escríbalo aquí: | |

Firma _____ Fecha _____

Lado opcional – Puede usarlo la farmacia

La farmacia puede personalizar este lado del formulario - No haga cambios al cuestionario (primera página)

| Evaluación de embarazo | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a. ¿Tuvo un bebé en menos de 6 meses, está lactando totalmente o casi totalmente Y no ha tenido un período menstrual desde el parto? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Tuvo un bebé en las últimas 4 semanas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Tuvo un aborto espontáneo o inducido en los últimos 7 días? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Comenzó su último período menstrual en los últimos 7 días? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Se ha abstenido de tener relaciones sexuales desde su último período menstrual o parto? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Ha estado usando un método anticonceptivo confiable de manera constante y correcta? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Se verificó la fecha de nacimiento con una ID válida con foto

Lectura de presión arterial _____/_____ farmacéutico registrado.

Nota: El farmacéutico registrado debe remitir a la paciente si la lectura sistólica o diastólica está fuera de los parámetros normales, según el algoritmo.

R Medicamento prescrito _____ Receta _____
Instrucciones de uso _____
Nombre del farmacéutico _____ Firma del farmacéutico registrado _____
Dirección de la farmacia _____ Núm. de teléfono de la farmacia _____

- 0 -

Se remitió a la paciente

Notas:
