

# 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.*



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:

---

---

---