

Whole Woman's Health of Austin
Transforming Healthcare One Woman at a Time
 8401 North IH 35 Suite 200 * Austin TX 78753
 (512) 250 – 1005 * (800) 282 – 1005

Historia y Revisión de Anticonceptivos

Nombre: _____ Fecha: _____

	Método(s) que usa actualmente	Método(s) que le gustaría usar	Método(s) que ha usado en el pasado	Método(s) que le ha causado problema
Píldoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inyección Depo-Provera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condomes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retractación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diafragma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositivo Intra Uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque si a padecido o no de alguna e las siguientes:

Coágulos en las piernas, pulmones o alguna otra parte.....	NO	SI
Infarto, ataques al corazón, o dolor en el pecho	NO	SI
Severa enfermedad del Hígado, Hepatitis, o Mononucleosis	NO	SI
Nódulos en los senos, fibromas en los senos o Mamogramas anormales	NO	SI
Enfermedades de la vesicular biliar	NO	SI
Diabetes.....	NO	SI
Fibromas tumorosas en el útero.....	NO	SI
Asma.....	NO	SI
Anormalidades de la tiroides	NO	SI
Depresión o cambios del estado de ánimo	NO	SI
Alta presión sanguínea	NO	SI
Dolores de cabeza, Migrañas	NO	SI
Enfermedad del corazón o de los riñones	NO	SI
Epilepsia/Combulciones.....	NO	SI
Sickle Cell o Anemia	NO	SI
¿Tiene Usted en este momento, sangrado inusual que no halla sido diagnosticado?.....	NO	SI
¿Está Usted lactando actualmente?	NO	SI

¿Fuma? NO SI Paquetes por día _____ # de años _____

Toma algún medicamento a diario? _____

Hay algún otra cosa que necesitemos saber de Usted? _____

Whole Woman's Health of Austin
Transforming Healthcare One Woman at a Time
8401 North IH 35 Suite 200 * Austin TX 78753
(512) 250 – 1005 * (800) 282 – 1005

CONSENTIMIENTOS PARA ANTICONCEPTIVOS

Métodos Hormonales

Yo pido que Whole Woman's Health me administre el siguiente método (escriba sus iniciales):

Info sheet given (staff initials):

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivos combinados orales/
Pildoras anticonceptivas | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales con
Progestágenos solamente/Pildoras para el
control de la natalidad | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Parche Ortho Evra | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nuva Ring (anillo vaginal) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Depo Provera/DMPA inyección | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mirena dispositivo intrauterino | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Paraguard dispositivo intrauterino | <input type="checkbox"/> |

Métodos No Hormonales

Info sheet given (staff initials):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Diafragma |
| <input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas |
| <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Condones y espermicidas/espumas |

He recibido información por escrito sobre el método que he escogido: como funciona, como usarlo, efectos secundarios, contraindicaciones, y efectividad. He tenido la oportunidad de preguntar y discutir sobre los métodos anticonceptivos.

Firma: _____ Fecha: _____

Staff Witness: _____ Date: _____