

Cuestionario de autoevaluación de anticonceptivos hormonales (revisado 4/2018)

Nombre: _____ Dirección: _____ Fecha: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Años: _____ Peso: _____ ¿Tienes seguro médico? Sí / No
 Cuál fue la fecha de tu última salud de la mujer ¿visitar? _____ ¿Alguna alergia a los medicamentos? Sí / No
 En caso afirmativo, liste: _____

Fondo Información / Historial médico:

1	¿Crees que estarás embarazada ahora?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	¿Fumas cigarrillos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3	¿Tiene algún problema médico o toma algún medicamento, incluidas hierbas o ements suppl? Si es así, enuméralas aquí:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4	Interacciones con otros medicamentos: ¿toma medicamentos para las convulsiones, la tuberculosis (TB), las infecciones fúngicas o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)? Si es así, enuméralas aquí:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5	¿Cuál fue el primer día de tu último período menstrual?	
6	¿Alguna vez ha experimentado algún patrón irregular, sangrado vaginal prolongado o abundante?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7	¿Alguna vez ha tomado píldoras anticonceptivas o ha usado un parche, anillo o inyección para el control de la natalidad? ¿Alguna vez un farmacéutico le ha recetado anticonceptivos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8	¿Alguna vez experimentaste una mala reacción al uso de anticonceptivos hormonales? Si es así, ¿qué tipo de reacción ocurrió?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9	¿Actualmente usa algún método anticonceptivo que incluya píldoras o un parche, anillo o inyección / inyección para el control de la natalidad? Si es así, ¿cuál usas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10	¿Alguna vez le ha dicho un profesional médico que no tome hormonas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

11	¿Has dado a luz dentro de los últimos 21 días? Si es así, ¿cuánto tiempo atrás?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12	¿Estás amamantando actualmente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13	¿Tienes diabetes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14	¿Tienes dolores de cabeza por migraña? Si es así, ¿alguna vez sufrió los dolores de cabeza que comienzan con signos o síntomas de advertencia, como destellos de luz, puntos ciegos u hormigueo en la mano o la cara que desaparecen por completo antes del dolor de cabeza? ¿empieza?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15	¿Tiene múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, incluida la presión arterial alta, la hipertensión o el colesterol alto? (Indique sí, incluso si está controlado por medicamentos)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
16	¿Ha tenido un ataque cardíaco o ha sido diagnosticado con una enfermedad cardíaca isquémica, tuvo un derrame cerebral o le dijeron que tiene una enfermedad cardíaca valvular?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
17	¿Alguna vez ha tenido un coágulo de sangre (trombosis venosa profunda / embolia pulmonar)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
18	¿Alguna vez le ha dicho un profesional de la medicina que usted está en riesgo de desarrollar coágulos de sangre s?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
19	¿Estarás inmóvil durante un largo período? (por ejemplo, volar en un largo viaje en avión, etc.)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
20	¿Ha tenido una cirugía mayor reciente o planea someterse a una cirugía en las próximas 4 semanas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
21	¿Ha tenido antecedentes de cirugía bariátrica o cirugía de reducción de estómago?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
22	¿Tiene o alguna vez ha tenido una enfermedad de seno o cáncer de seno?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
23	¿Tiene o ha tenido alguna vez hepatitis viral, enfermedad hepática, tumores hepáticos o enfermedad de la vesícula biliar, o tiene ictericia (piel u ojos amarillos)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
24	¿Tiene lupus sistémico, artritis reumatoidea o algún trastorno sanguíneo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

REQUIRED: Pharmacist Measured BP Reading: ____/____ 2nd BP Reading (if necessary): ____/____ Date BP Taken: ____ Arm: ____ Cuff Size: ____

Do you have a preferred method of birth control that you would like to use? Pill Patch Ring Shot Other _____ Uncertain/Unsure

For internal use only

Drug Prescribed: _____ - or - Patient Referred

Sig: _____ Quantity: _____

Refills: _____ RPh Name: _____ RPh Signature: _____