

NO use este método

Puede usar este método

CONTRAINDICACIONES MÉDICAS

	Preservativos	PAE	AOC	AOP	Inyección	Implante	DIU - Hormonal	DIU - Cobre	Esterilización
TA >140/90			■						
TA >160/100			■			■			
Cóagulos Sanguíneos (TVP o EP)			■						
Cáncer de mama			■		■	■	■		
Infección actual del tracto genital					■		■	■	
Diabetes > 20 años			■		■				
Enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular			■		■				
Enfermedad hepática severa			■		■	■			
Migraña con aura			■						
Tuberculosis pélvica							■	■	
Postparto < 6 semanas			■						
Fumadora y edad > 35 años			■						
Tomando rifampicina o rifabutina			■	■					
Bajo medicación anticonvulsiva			■	■					

TA = Tensión Arterial  
 PAE = Píldora Anticoncepción Emergencia  
 AOC = Anticonceptivos Orales Combinados  
 TVP = Trombosis Venosa Profunda

DIU = Dispositivo intra uterino  
 EP = Embolia pulmonar  
 AOP = Anticonceptivos Orales de Progestágeno

Otras observaciones / notas sobre el procedimiento:

# ATENCIÓN ANTICONCEPTIVA FICHA MÉDICA



<b>Nombre</b>		<b>Dirección</b>	
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		
<b>Edad</b>	<b>Fecha</b>	<b>Ficha nº</b>	
<b>HISTORIA MÉDICA Y SEXUAL</b>			
Estado de salud general		¿Alergias a medicamentos (Sí/No)?	
Gesta:	Para:	Abortos:	Nacidos vivos:
Fecha de última regla (FUR) (o de parto / aborto si son más recientes):			
Historia sexual:			
<b>PARÁMETROS MÉDICOS (si están disponibles)</b>			
TA : ____ / ____	Peso: ____ kg	Test de embarazo: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No realizado	
<b>ESTADO DE EMBARAZO</b>			
		SI	NO
¿Su último período menstrual comenzó en los últimos 7 días?			
¿Ha tenido un aborto en los últimos 7 días?			
¿Ha dado a luz en las últimas cuatro semanas?			
¿Ha utilizado un método anticonceptivo regularmente de forma correcta?			
¿Se ha abstenido de relaciones sexuales desde su última menstruación, aborto o parto?			
Si responde <b>SÍ</b> al menos a <b>UNA</b> de estas preguntas, entonces es razonablemente seguro que <b>NO</b> esté embarazada, y puede comenzar un método anticonceptivo este mismo día. Si responde <b>NO a TODAS</b> las preguntas, el estado de embarazo es desconocido. Sin embargo, si lo desea, puede iniciar un método hoy mismo después de recibir asesoramiento sobre la posibilidad de un embarazo reciente (ver Algoritmos de inicio rápido).			
<b>Basado en lo anterior, es probable que esté</b> <input type="checkbox"/> <b>NO EMBARAZADA</b> <input type="checkbox"/> <b>DESCONOCIDO - Asesoramiento realizado</b>			
<b>ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO</b>			
La persona ha elegido el siguiente método/s:			
¿Tiene la persona alguna contraindicación conocida para este método? (Véase la parte de atrás de la ficha)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La persona ha sido asesorada sobre cómo utilizar el método de forma segura y eficaz, los riesgos y y beneficios, y los posibles efectos secundarios:		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La persona da su consentimiento oral, voluntario e informado para iniciar el método hoy mismo:		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Método/s proporcionado/s hoy:			
+ ¿Preservativos proporcionados?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
+ ¿Píldora anticonceptiva de emergencia proporcionada?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

