

**Servicios para el Cuidador/Adulto o Adolescente?**

**Cuidador/Adulto**

Qué cuidador estuvo involucrado? (Nombre del cliente) \_\_\_\_\_

**Adolescente**

Qué cuidador estuvo involucrado? (Nombre del cliente) \_\_\_\_\_

Fecha de Actividad: \_\_\_\_\_

Programa en que el cliente se registró:

Planificación Familiar

MCH

PMI

TPTCM

Población atendida (Seleccione uno):

Mujeres (22-44)

Hombres

Adolescentes (12-21)

Alguna vez ha estado embarazada o ha tenido un hijo??

Si - Cuál fue la fecha en que terminó / dio a luz su último embarazo? \_\_\_\_\_

No

Le gustaría quedar embarazada el próximo año?

**Si**

Educada en:

Espaciamiento entre Nacimientos

Acido fólico

Riesgos de Salud

Referida para cuidado de pre/interconcepción?

Si - Referido a:

OB/GYN

Médico familiar

Clínica de Seguridad (FQHC, clínica de salud rural, clínica basada en ingresos o gratuita)

Programa MCH

Planificación familiar

Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_

**No - Por qué? Barrera de referencia:**

**No hay fuente de referencia disponible**

**Horarios o ubicaciones de servicio inconvenientes**

**Sin seguro de salud**

**El cliente no puede pagar la atención**

**Falta de transporte o cuidado de niños**

**Falta de servicios adaptados lingüística o culturalmente**

**Otro, por favor especifique:** \_\_\_\_\_

**OK DE CUALQUIER MANERA**

**Educada en:**

**Espaciamiento entre Nacimientos**

**Acido fólico**

**Riesgos de Salud**

**Referida para cuidado de pre/interconcepción?**

**Si – Referido a:**

**OB/GYN**

**Médico familiar**

**Clínica de Seguridad (FQHC, clínica de salud rural, clínica basada en ingresos o gratuita)**

**Programa MCH**

**Planificación familiar**

**Otro, por favor especifique:** \_\_\_\_\_

**No - Por qué? Barrera de referencia:**

**No hay fuente de referencia disponible**

**Horarios o ubicaciones de servicio inconvenientes**

**Sin seguro de salud**

**El cliente no puede pagar la atención**

**Falta de transporte o cuidado de niños**

**Falta de servicios adaptados lingüística o culturalmente**

**Otro, por favor especifique:** \_\_\_\_\_

**Actualmente está utilizando algún anticonceptivo?**

**Si - Método actual:**

**IUD**

**Implante**

**Depo-Provera**

**Anillo**

**Parche**

**Pastillas**

**Diafragma**

**Condomes (masculinos o femeninos)**

**Esponja**

**Espermicida**

**Tapón Cervical**

**Planificación familiar natural / conciencia de la fertilidad**

**Esterilización (cliente o pareja)**

**Retirada**

**Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_**

**Discutió la efectividad actual de los anticonceptivos, los efectos secundarios y el resultado deseado?**

**Si**

**No**

**Cambió el método anticonceptivo actual?**

**Si – Motivo del cambio:**

**Método más efectivo**

**Efectos secundarios del método actual**

**Costo del método actual**

**Conveniencia**

**Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_**

**No**

**Si no estaba utilizando ningún anticonceptivo, va a iniciar un nuevo método anticonceptivo?**

**Si - Qué tipo iniciará:**

**IUD**

**Implante**

**Depo-Provera**

**Anillo**

**Parche**

**Pastillas**

**Diafragma**

**Condomes (masculinos o femeninos)**

**Esponja**

**Espermicida**

**Tapón Cervical**

**Planificación familiar natural / conciencia de la fertilidad**

**Esterilización (cliente o pareja)**

**Retirada**

**Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_**

**La cliente no quizo**

**Por qué? Por favor díganos: \_\_\_\_\_**

**Referida para iniciar con anticonceptivos**

**Aceptó el cliente la referencia para iniciar con algún control de embarazo?**

**Si - Referida a:**

**OB/GYN**

**Médico familiar**

**Clínica de Seguridad (FQHC, clínica de salud rural, clínica basada en ingresos o gratuita)**

**Programa MCH**

**Planificación familiar**

**Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_**

**No - Por qué? Barrera de referencia:**

**No hay fuente de referencia disponible**

**Horarios o ubicaciones de servicio inconvenientes**

**Sin seguro de salud**

**El cliente no puede pagar la atención**

**Falta de transporte o cuidado de niños**

**Falta de servicios adaptados lingüística o culturalmente**

**Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_**

**INSEGURO**

**Educada en:**

**Espaciamiento entre Nacimientos**

**Acido fólico**

**Riesgos de Salud**

**Referida para cuidado de pre/interconcepción?**

**Si – Referido a:**

**OB/GYN**

**Médico familiar**

**Clínica de Seguridad (FQHC, clínica de salud rural, clínica basada en ingresos o gratuita)**

**Programa MCH**

**Planificación familiar**

**Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_**

**No - Por qué? Barrera de referencia:**

**No hay fuente de referencia disponible**

**Horarios o ubicaciones de servicio inconvenientes**

**Sin seguro de salud**

**El cliente no puede pagar la atención**

**Falta de transporte o cuidado de niños**

**Falta de servicios adaptados lingüística o culturalmente**

**Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_**

**Actualmente está utilizando algún anticonceptivo?**

**Si - Método actual:**

**IUD**

**Implante**

**Depo-Provera**

**Anillo**

**Parche**

**Pastillas**

**Diafragma**

**Condomes (masculinos o femeninos)**

**Esponja**

**Espermicida**

**Tapón Cervical**

**Planificación familiar natural / conciencia de la fertilidad**

**Esterilización (cliente o pareja)**

**Retirada**

**Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_**

**Discutió la efectividad actual de los anticonceptivos, los efectos secundarios y el resultado deseado?**

**Si**

**No**

**Cambió el método anticonceptivo actual?**

**Si – Motivo del cambio:**

**Método más efectivo**

**Efectos secundarios del método actual**

**Costo del método actual**

**Conveniencia**

**Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_**

**No**

**Si no estaba utilizando ningún anticonceptivo, va a iniciar un nuevo método anticonceptivo?**

**Si - Qué tipo iniciará:**

**IUD**

**Implante**

**Depo-Provera**

**Anillo**

**Parche**

**Pastillas**

**Diafragma**

**Condomes (masculinos o femeninos)**

**Esponja**

**Espermicida**

**Tapón Cervical**

**Planificación familiar natural / conciencia de la fertilidad**

**Esterilización (cliente o pareja)**

**Retirada**

**Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_**

**La cliente no quizo ningún anticonceptivo**

**Por qué? Por favor díganos: \_\_\_\_\_**

**Referida para iniciar con anticonceptivos:**

**Aceptó la clienta la referencia para iniciar con algún control de embarazo?**

**Si – Referida a:**

**OB/GYN**

**Médico familiar**

**Clínica de Seguridad (FQHC, clínica de salud rural, clínica basada en ingresos o gratuita)**

**Programa MCH**

**Planificación familiar**

**Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_**

**No - Por qué? Barrera de referencia:**

**No hay fuente de referencia disponible**

**Horarios o ubicaciones de servicio inconvenientes**

**Sin seguro de salud**

**El cliente no puede pagar la atención**

**Falta de transporte o cuidado de niños**

**Falta de servicios adaptados lingüística o culturalmente**

**Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_**

**Anticonceptivo de emergencia proporcionado:**

**Si**

**No**

**NA**