|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres y Apellidos: | | | | | | | | | | | | | | Identificación: | | | |
| Fecha: | | | | | | | | | Método utilizado: | | | | | | | | |
| **Anamnesis** | | Uso del método | | Correcto:  Incorrecto:  Razón: | | | | | | | | | | | | | |
| Síntomas | SI | | NO | Observaciones | | | | | | Síntomas | SI | | | NO | Observaciones |
| Trastornos menstruales |  | |  |  | | | | | | Dolor bajo vientre |  | | |  |  |
| Cefalea |  | |  |  | | | | | | Síntomas urinarios |  | | |  |  |
| Mareos |  | |  |  | | | | | | Síntomas genitales |  | | |  |  |
| Molestias mamarias |  | |  |  | | | | | | Cambios de comportamiento |  | | |  |  |
| ¿Otros? |  | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Examen Físico** | T.A.:       mm/Hg Peso:       Kg. Talla:       cm. IMC: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar | | | | | | N | A | | Observaciones | | | | | | | |
| Cabeza | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
| Ojos | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
| Boca | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
| Orl | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
| Cuello | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
| Mamas | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
| Cardiopulmonar | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
| Abdomen | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
| Genitourinario | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
| Extremidades | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
| Piel | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
| S N C | | | | | |  |  | |  | | | | | | | |
| Diagnóstico (s) | | | | | | | Dxco principal: | | | | | | | | Tipo: ID:       CN:       CR: | | |
| Dxco relacionado 1: | | | | | | | | | | |
| Dxco relacionado 2: | | | | | | | | | | |
| **Conductas** | Cambio del método | | | | | | Si () No () | | | | Razón: | | | | | | |
| Diagnósticas / remisorias | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Prescripción de anticonceptivos hormonales | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Educación | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Próxima cita control | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Firma y registro médico (a) / enfermero (a): | | | | | | | | | | | | | | | | | |