|  |  |
| --- | --- |
| 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):       |