

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 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: _____

Anticonceptivo de emergencia proporcionado:

Si

No

NA