

**PREGUNTAS DE LA HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN SOBRE
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES PARA EL PACIENTE**

Nota para el paciente: imprima y complete este cuestionario y llévelo a su farmacia si necesita anticonceptivos hormonales autoadministrados. Es recomendable que llame primero a su farmacia para asegurarse de que puedan proporcionar este servicio en este momento. También puede obtener el formulario en las farmacias participantes.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Farmacéutico evaluador: _____ Fecha: _____

1	¿Cuál fue el primer día de su último ciclo menstrual?	/ /	
2	¿Alguna vez ha tomado pastillas anticonceptivas o utilizado parches, inyecciones o anillos anticonceptivos? (Si responde no, pase a la pregunta	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	¿Alguna vez experimentó una reacción adversa al usar métodos anticonceptivos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	¿Está utilizando actualmente pastillas, parches, inyecciones o anillos anticonceptivos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3	¿Alguna vez un médico le dijo que no tome hormonas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4	¿Fuma cigarrillos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5	¿Cree que puede estar embarazada en este momento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6	¿Ha dado a luz en las últimas seis semanas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7	¿Está amamantando a un bebé menor de un mes de edad en la actualidad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8	¿Sufre de diabetes?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9	¿Le dan migrañas o dolores de cabeza tan severos que siente náuseas, tiene problemas de visión, sensibilidad a la luz o siente entumecimiento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10	¿Sufre de presión arterial alta, hipertensión o colesterol alto?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
11	¿Alguna vez ha tenido un ataque al corazón o un derrame cerebral, o se le ha dicho que tiene alguna enfermedad al corazón?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
12	¿Alguna vez ha tenido un coágulo de sangre en la pierna o el pulmón?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
13	¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene un alto riesgo de desarrollar un coágulo de sangre en la pierna o el pulmón?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
14	¿Ha tenido una cirugía bariátrica o de reducción de estómago?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
15	¿Ha tenido cirugía mayor recientemente o está planeando someterse a una operación en las próximas cuatro semanas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
16	¿Tiene o ha tenido alguna vez cáncer de mama?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
17	¿Tiene o ha tenido alguna vez hepatitis, enfermedad hepática, cáncer de hígado o enfermedad de la vesícula biliar o tiene ictericia (piel u ojos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
18	¿Tiene lupus, artritis reumatoide o cualquier trastorno de la sangre?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
19	¿Toma medicamentos para tratar convulsiones, tuberculosis, infecciones por hongos o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, enumérelos aquí:		
20	¿Tiene algún otro problema médico o toma medicamentos de manera regular?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, enumérelos aquí:		