

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:**

- **Referirida 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 en anticonceptivos:**
 - **Si - Método actual:**

- IUD
- Implante
- Depo-Provera
- Anillo
- Parche
- Pastillas
- Diafragma
- Condones (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 del actual anticonceptivo, los efectos secundarios y el resultado deseado?**
 - Si**
 - No**

- Se cambió el método anticonceptivo actual?**
 - Si - Motivo del cambio:**
 - Método más efectivo**
 - 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
 - Condones (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:** _____

NO

- Actualmente en anticonceptivos:**
 - 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