

Formulario de antecedentes médicos para el asesoramiento sobre anticonceptivos

Estimada paciente:

Su salud es importante para nosotros. Para que podamos aconsejarle lo mejor posible sobre la elección de su método anticonceptivo, le rogamos que responda a las siguientes preguntas:

Fecha

Datos personales

Apellidos, nombre	Estatura
Calle, n.º	Peso
Código postal, población	IMC*
Fecha de nacimiento	Tensión arterial*

* para cumplimentar por el asistente médico.

Preguntas sobre su estilo de vida

¿Fuma o ha fumado en el pasado?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos al día?
¿Viaja a menudo en vuelos de larga distancia (> 4 h)?	Sí	No	
¿Ha tenido un parto reciente o está amamantando?	Sí	No	
¿Tiene una rutina diaria irregular y no puede acordarse de tomar su medicación a la misma hora todos los días?	Sí	No	
¿Toma regularmente medicamentos, productos de fitoterapia o complementos alimenticios?	Sí	No	
En caso afirmativo, ¿cuáles?			

Sus métodos anticonceptivos anteriores

La última vez que utilicé anticonceptivos fue con:	Píldora	Parche hormonal	Anillo vaginal	Inyección cada 3 meses	DIU hormonal
	Implante hormonal/varilla anticonceptiva		DIU de cobre, cadena de cobre, bola intrauterina (BIU) de cobre		
	Otros				
	Hasta ahora he utilizado anticonceptivos sin hormonas			Aún no he utilizado métodos anticonceptivos	
¿Durante cuánto tiempo ha utilizado cada método anticonceptivo?					
¿Ha experimentado algún efecto secundario durante su uso? En caso afirmativo, ¿cuáles?					

Detalles de su periodo menstrual

Ritmo de sangrado	irregular	regular	¿Qué más puede contarnos sobre su periodo (por ejemplo, sensibilidad en los senos, dolores de cabeza):
Hemorragia intermenstrual	con frecuencia (en cada ciclo)	raramente (como máximo en cada 2º-3º ciclo)	nunca
Duración del ciclo (días)*	< 24	24-34	> 34
Intensidad de la hemorragia (compresas o tampones/día)	fuerte (> 5)	media (2-5)	débil (< 2)
Dolor antes/durante la menstruación (cólicos y dolor abdominal)	Sí, fuerte	Sí, moderado	No, o débil

* Duración del ciclo = periodo comprendido entre el primer día de la menstruación y el día anterior al inicio de la siguiente menstruación mensual.

Preguntas sobre afecciones existentes

¿Sufre regularmente diarrea y/o vómitos?					Sí	No
¿Sufre migrañas o fuertes dolores de cabeza?					Sí	No
En caso afirmativo: ¿Están asociados a trastornos visuales, del habla y/o entumecimiento?					Sí	No
¿Padece acné?					Sí	No
¿Le ha aumentado el vello corporal?					Sí	No
¿Tiene previsto someterse una operación importante o una restricción prolongada del movimiento?					Sí	No
¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?						
Hipertensión arterial	Sí	No	Enfermedades hepáticas o de la vesícula biliar	Sí	No	
Trastorno de la coagulación sanguínea	Sí	No	Epilepsia	Sí	No	
Enfermedad cardíaca o pulmonar crónica	Sí	No	Trastornos psiquiátricos	Sí	No	
Angina de pecho/arritmia cardíaca	Sí	No	Trastornos alimentarios	Sí	No	
Niveles elevados de lípidos en sangre	Sí	No	Enfermedad intestinal crónica	Sí	No	
Diabetes <i>mellitus</i>	Sí	No	¿Tiene varices?	Sí	No	
Enfermedad renal crónica	Sí	No				

¿Padece otra enfermedad crónica (como p. ej. anemia falciforme, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa)?

¿Padece alguna alergia o intolerancia? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles?

¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones?

Trombosis y/o embolia pulmonar	Sí	No	Ataque al corazón o derrame cerebral	Sí	No
Desmayos y/o pérdida de conocimiento de origen desconocido	Sí	No	Cáncer	Sí	No

Otros

¿Le han diagnosticado endometriosis? Sí No

¿Se ha sometido a operaciones ginecológicas en el pasado? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles?

Preguntas sobre enfermedades en su familia

¿Algún familiar (madre, padre, hermanos, abuelos, hijos) ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?

En caso afirmativo, ¿quién y a qué edad?

Trombosis/embolia pulmonar	Sí	No	Cardiopatía	Sí	No
Infarto de miocardio	Sí	No	Niveles elevados de lípidos en sangre	Sí	No
Apoplejía	Sí	No	Cáncer	Sí	No



Por favor, añada su firma utilizando la función «Rellenar y firmar» y «Firmar yo mismo»

Lugar, fecha

Firma

Por la presente, usted, la paciente, confirma que ha rellenado el formulario según su leal saber y entender. Esta hoja de antecedentes médicos sirve como ayuda de documentación para el médico y no pretende ser exhaustiva.

Notas médicas