



Evaluación/determinación del uso de la anticoncepción de emergencia para pacientes

(Para uso si la EC está provista bajo un pedido fijo, NO como de venta libre)

Nombre (nombre y apellido): _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Por favor, responda las siguientes preguntas para ayudarnos a entender lo que necesita ahora mismo.

1. Las mujeres tienen muchos motivos por los que solicitan la anticoncepción de emergencia. Por favor, díganos su motivo para solicitar la EC hoy. Marque toda la información que corresponda.

- Necesidad futura
- Sexo sin protección o su método anticonceptivo no funcionó durante los últimos 5 días
¿Qué día? _____

2. ¿Cuándo fue el comienzo de su último período menstrual? _____

3. ¿Fue el período normal en duración (número de días) y cantidad de sangre?

- Sí No

4. ¿Le tiene alergia a algún medicamento?

- Sí No

Si respondió sí, ¿a qué? _____

5. Desea una derivación para obtener más información sobre:

- Anticoncepción
- Atención primaria
- Asesoramiento y análisis de infecciones transmitidas sexualmente o VIH
- Asesoramiento y análisis del embarazo
- Servicios de crisis por violación o asalto sexual
- Otro: _____

Para uso del farmacéutico SOLAMENTE

Farmacéutico: _____ Fecha y hora de la evaluación: _____

¿Se entregó la EC? Sí No

Si respondió sí, ¿qué producto?

- Plan B®
- De venta libre, marca: _____

¿Qué información entregó a la paciente?

- Instrucciones de uso para la paciente
- Derivación para:
 - Anticoncepción
 - Atención primaria
 - Asesoramiento y análisis de infecciones transmitidas sexualmente o VIH
- Hoja de datos para la paciente
- Asesoramiento y análisis del embarazo
- Servicios de crisis por violación o asalto sexual
- Otro: _____

Notas/comentarios adicionales del farmacéutico: