

**Carroll County Health Department
Reproductive Health Services
New Birth Control History Form**

Usted a dicho que le gustaría comenzar con un método anticonceptivo recetado. Para que podamos brindarle la mejor atención posible, responda a las siguientes preguntas lo antes posible. Sus respuestas se mantendrán confidenciales. Puede enviar el formulario por correo electrónico a cchd.reprohealth@maryland.gov

Nombre y apellido:

Fecha de Nacimiento:

Fecha en que completo este formulario:

1. ¿Está embarazada actualmente o podría estarlo? NO SI
2. ¿Esta amamantado actualmente? NO SI
3. ¿Ha dado a luz en las últimas 6 semanas? NO SI
4. ¿Planea quedar embarazada el próximo año? NO SI
5. ¿Fuma cigarillos? NO SI
6. ¿Tiene más de 35 años? NO SI
7. ¿Alguna vez le han dicho que tiene cáncer? NO SI

En caso afirmativo, ¿qué tipo de cáncer?

8. ¿Alguna vez ha tenido un derrame cerebral, un coagulo de sangre en las piernas o los pulmones o un ataque al corazón? NO SI
9. ¿Alguna vez le ha dicho que tiene presión arterial alta (hipertensión)? NO SI
10. ¿Le han dicho alguna vez que tiene un nivel alto de azúcar en la sangre (diabetes)? NO SI
11. ¿Tiene dolores de cabeza intensos, a menudo en un lado, con cambios en la visión o que empeoran con la luz, el ruido o el movimiento? NO SI
12. ¿Tiene enfermedad de la vesicular biliar, enfermedad del hígado, hepatitis o ictericia (coloración amarillenta de la piel o los ojos)? NO SI
13. ¿Alguna vez le han dicho que tiene una enfermedad reumática o autoinmune como el lupus? NO SI
14. ¿Tiene algún sangrado vaginal inexplicable? NO SI

Carroll County Health Department
Reproductive Health Services
New Birth Control History Form

Si respondió **SI** a cualquiera de las preguntas anteriores, explique:

Por favor, háganos saber que métodos le interesan:

Pastillas Interesada Tengo más preguntas No quiero

Parche Interesada Tengo más preguntas No quiero

Anillo Vaginal Interesada Tengo más preguntas No quiero

Inyección mensual (inyección) Interesada Tengo más preguntas No quiero

DIU (con hormonas o sin ellas) Interesada Tengo más preguntas No quiero

Implante de brazo Interesada Tengo más preguntas No quiero