

CUESTIONARIO PARA LA CLIENTA

Nombre (nombre, apellido) _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Fecha de nacimiento (Mes / Día / Año) ____/____/____

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál fue el primer día de su última menstruación? Fecha: (Mes / Día / Año) ____/____/____
2. ¿Su menstruación le vino a tiempo? _____ Sí _____ No
3. ¿La duración y la cantidad de sangrado fueron regulares? _____ Sí _____ No
4. ¿Por qué necesita anticonceptivos de emergencia?
 _____ Relaciones sexuales recientes sin protección o falla del anticonceptivo
 _____ Lo necesita para el futuro (si sólo lo necesita para el futuro, continúe con la pregunta N° 6)
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección durante los últimos 5 días? _____ Sí _____ No
 De ser así, ¿cuándo? Fecha: (Mes / Día) ____/____ Hora: _____ AM / PM (*haga un círculo en uno*)
6. ¿Usted tiene una alergia a algún fármaco o medicamento? _____ Sí _____ No

Las siguientes preguntas son opcionales:

7. Las pastillas anticonceptivas de emergencia sólo debe usarse en casos de emergencia. Otros métodos anticonceptivos son mejores y más eficaces para usarse en formar regular y a largo plazo.
 ¿Desea que le recomendemos un proveedor de servicios de planificación familiar? _____ Sí _____ No
8. Si tiene alguno de estos síntomas, es posible que tenga alguna infección de transmisión sexual (enfermedad venérea) y debe consultar con un médico: Ardor al orinar, Flujo / prurito vaginal, Dolor en la pelvis, Compañero con una enfermedad venérea, Hemorragia vaginal anormal, Relaciones sexuales dolorosas.
 ¿Desea que le recomendemos un médico o una clínica? _____ Sí _____ No
9. Los profilácticos pueden proteger contra las enfermedades venéreas y VIH/ SIDA.
 ¿Desea recibir profilácticos? _____ Sí _____ No

PHARMACIST USE ONLY

Client provided with:	Referral made?	Additional pharmacist notes / comments
<input type="checkbox"/> Key Facts sheet	<input type="checkbox"/> Contraception	
<input type="checkbox"/> Consent sheet	<input type="checkbox"/> STI / HIV	
<input type="checkbox"/> Instructions for Use	<input type="checkbox"/> Pregnancy	
<input type="checkbox"/> EC product	<input type="checkbox"/> Primary Care	
<input type="checkbox"/> <i>Plan B</i>	<input type="checkbox"/> Sexual Assault /	
<input type="checkbox"/> <i>Preven</i>	<input type="checkbox"/> CPS	
<input type="checkbox"/> <i>Other</i> _____		
<input type="checkbox"/> Condoms provided		
Date: ____ / ____ / ____ Time: _____ AM / PM (<i>circle one</i>) Pharmacist signature		
