

CUESTIONARIO PARA LA CLIENTA

Nombre (nombre, apellido) _____

Domicilio _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____ **Teléfono** _____

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. ¿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° 4)
3. ¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección durante los últimos 5 días? _____ Sí _____ No
 De ser así, ¿cuándo? Fecha: (Mes / Día) ____/____ Hora: _____ AM / PM
4. ¿Usted tiene una alergia a algún fármaco o medicamento? _____ Sí _____ No

Pregunta opcional:

5. Los profilácticos pueden proteger contra las enfermedades venéreas y VIH/ SIDA.
 ¿Desea recibir profilácticos? _____ Sí _____ No

PHARMACIST USE ONLY

Client provided with: Additional pharmacist notes / comments:

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Key Facts sheet |
| <input type="checkbox"/> | Consent sheet |
| <input type="checkbox"/> | Instructions for Use |
| <input type="checkbox"/> | EC product |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Plan B |

Preven

Other (specify):

Condoms provided

Date: ____/____/____ Time: ____ AM / PM (circle one)

Pharmacist signature: _____