DOCUMENTO DE PRUEBA DEL EMBARAZO

NORTH DAKOTA DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
SFN 51862 (8-2013)

LOS DATOS SUBJETIVOS (completa la sección principal)

Primer Día del Último Período Menstrual	¿Fue normal? ☐ Sí ☐ No	Los Métodos Anticonceptivos que Utilizaron más Recientemente

Síntomas:

☐ Náusea ☐ Fatiga ☐ Ternura de Senos ☐ Dolor Pélvico
☐ Vómito ☐ Frecuencia Urinaria ☐ Cambios de Tez ☐ Otro _____
☐ Hinchado ☐ Cambios de Apetito ☐ Sangre Vaginal Anormal

Número de Embarazos	Número de Abortos (o voluntarios o involuntarios)	Número de Partos	Número de Niños Vivos

¿Utiliza los siguientes?			¿Desea un embarazo ahora?	Los Planes si Se queda Embarazada
Tabaco	☐ Sí	☐ No	☐ Sí ☐ No ☐ Segura	☐ Criando ☐ Adopción ☐ Terminación ☐ No Sé
Alcohol	☐ Sí	☐ No	Los Planes si No está Embarazada	
Drogasilecitas	☐ Sí	☐ No		

Las Medicinas o medicamentos (recetas, sin recetas, complementos de dieta, hierbas/vitaminas)

¿Tiene alergias? ☐ Sí ☐ No	¿ Cuáles son? Explica, por favor:

LOS DATOS OBJETIVOS (El Uso del Clinico)

Los Resultados de la Prueba del Embarazo ☐ Negativo ☐ Positivo	Muestra de Orina ☐ Primero por la Mañana ☐ Vació en Visita	EDC

Si la pruebu está positiva, la clienta está aconsejada que una confirmación pélvica sea realizada tan pronto como posible, preferiblemente dento de 15 días. _____ (Siglas)

PLANES

Resultados Positivos: (Información proveyó en)

☐ Confirmación de Prueba del Embarazo
☐ Cuidado Prenatal
☐ Vitaminas Prenatales
☐ Nutrición y Ejerciclo
☐ Evitar de Drogas/Alcohol/Tabaco
☐ Evitar de Exposición de Radiografia
☐ Adopción
☐ Asistencia Adoptiva
☐ Opciones Embarazo
☐ Otro _____

Resultados Negativos de Prueba del Embarazo: (Información proveyó en)

☐ Servicios de FP (Métodos de control de natalidad, ECP's) ☐ Métodos del Sexo más Seguro ☐ Servicios de Esterilidad

Recomendada Para:

☐ Confirmación de Embarazo
☐ Cuidado Prenatal
☐ OPOP/Bebé Da un Paso
☐ WIC
☐ Servicios Sociales
☐ Servicios de Consejos de Adopción
☐ Servicios de Consejos de Asistencia Adoptiva
☐ Embarazo Servicios de Consejería
☐ Cesación de Uso de Alcohol/Drogas Ilicitas/Tabaco
☐ Prueba de Enfermedades de Transmisión Sexual
☐ Servicios de Esterilidad
☐ Otro _____

Consejo Necesario de Adolescente (participación paternal y la evitación de coerción sexual): _____ (Inicial)

Comentarios: _____

Firma de Funcionario		Fecha
Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Registro