

Formulario de detección de embarazo

(Edades 12 a 55 años)

Patient Name: _____ Age: _____

1.) **estás embarazada o crees que puede estar embarazada?** _____ Y _____ N
(Si "Sí", por favor notifique a personal inmediatamente).

2.) **ha tenido una histerectomía o después de la menopausia son?** _____ Y _____ N
(Si "Sí", por favor, firme a continuación).

3.) **has tenido un período menstrual durante los últimos 30 días?** _____ Y _____ N
(Si no, necesitará tener una prueba de embarazo).

4.) **por favor dar la fecha del^{primer} día de su último período menstrual.** _____

5.) **esta fecha cae en los últimos 10 días?** _____ Y _____ N
(Si "Sí", por favor, firme a continuación).

6.) **están actualmente practicando alguno de los siguientes anticonceptivos?** _____ Y _____ N

A.) ___ la ligadura de trompas

B.) socio vasectomía ___

C.) ___ anticonceptivos orales

D.) ___ condón

E.) ___ diafragma

F.) Foam _____

G.) IUD _____

H.) otros ___

7.) **si no estás practicando todas las medidas de control de la natalidad, ha tenido actividad sexual desde su última menstruación que puede ponerte en riesgo de embarazo?** _____ Y _____ N

He dicho que no estoy embarazada y solicitar el procedimiento ordenado de proyección de imagen de realizarse.

Firma del paciente: ___ **Fecha:** ___

Firma del testigo: ___ **Fecha:** ___

NAME: [PatientLast], [PatientFirst]
ACT#: [PatientId] GENDER: [Sex]
DOB: [DOB] AGE: [Age]
DR: [PhyLast], [PhyFirst]
DOS: [DOS]