















# 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<sup>primer</sup> 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]