

**LISTA DE CONTROL PARA CADA VISITA VOLVER
PASTILLAS PARA EL USO DE LA MUJER**

CHECKLIST FOR EACH RETURN VISIT
FOR WOMEN USING PILLS

Antes de que son vistos por un médico o consejero, por favor díganos su respuesta a las siguientes preguntas. Por favor marque sí o no. Díganos si usted tiene:

Before you are seen by a counselor or clinician, please tell us your response to the following questions. Please check yes or no. Tell us if you have:

Cualquier problema que usted piensa podrían ser causadas por píldoras Sí _____ No _____
Any problem you think could be caused by pills Yes _____ No _____

Náuseas o vómitos Sí _____ No _____
Nausea or Vomiting Yes _____ No _____

Manchado o sangrado vaginal irregular Sí _____ No _____
Spotting or irregular vaginal bleeding Yes _____ No _____

Períodos ocasionales perdidas (no sangrado) Sí _____ No _____
Occasional missed periods (no bleeding) Yes _____ No _____

Sensibilidad en los senos o un bulto de mama Sí _____ No _____
Breast tenderness or a breast lump Yes _____ No _____

Algún síntoma de embarazo Sí _____ No _____
Any symptoms of pregnancy Yes _____ No _____

Depresión, ansiedad grave o cambios de humor Sí _____ No _____
Depression, severe anxiety or mood changes Yes _____ No _____

Disminución del interés por el sexo Sí _____ No _____
Decreased interest in sex Yes _____ No _____

Disminución de la capacidad de tener orgasmos Sí _____ No _____
Decreased ability to have orgasms Yes _____ No _____

Adquirió 5 libras o más Sí _____ No _____
Gained 5 pounds or more Yes _____ No _____

La presión arterial elevada Sí _____ No _____
High blood pressure Yes _____ No _____

Sido en todos los fumadores Sí _____ No _____
Been smoking at all Yes _____ No _____

Venido tomando medicamentos para las convulsiones Sí _____ No _____
Been taking medicines for seizures Yes _____ No _____

Venido tomando en el mostrador hierbas Sí _____ No _____
Been taking over the counter herbs Yes _____ No _____

Nunca olvidó tomar sus píldoras Sí _____ No _____
Ever forgotten to take your pills Yes _____ No _____

Olvidó tomar las pastillas muy a menudo Sí _____ No _____
Forgotten to take pills quite often Yes _____ No _____



Cambiado sexuales Sí _____ No _____
Changed sexual partners Yes _____ No _____

Experimentado alguna de las siguientes señales de peligro píldora:
Experienced any of the following pill danger signals:

Dolor abdominal? Sí _____ No _____
Abdominal pain? Yes _____ No _____

Piel u ojos amarillos? Sí _____ No _____
Yellow skin or eyes? Yes _____ No _____

Dolor en el pecho? Sí _____ No _____
Chest pain? Yes _____ No _____

Que los dolores de cabeza son graves? Sí _____ No _____
Headaches which are severe? Yes _____ No _____

Problemas oculares: visión borrosa o pérdida de visión? Sí _____ No _____
Eye problems: blurred vision or loss of vision? Yes _____ No _____

Grave dolor de piernas? Sí _____ No _____
Severe leg pain? Yes _____ No _____

"Dolores" es una manera de recordar las señales de peligro de la píldora.

"ACHES" is a way for you to remember the pill danger signals.

Favor de explicar cualquier pregunta que han respondido "sí" a:

Please explain any question you have answered "yes" to: