



LABEL

LISTA DE CONTROL PARA CADA VISITA VOLVER
USO DE ANTICONCEPTIVOS PARA LA MUJER DE INYECCIÓN / PERDIGÓN
(DEPO-PROVERA/MEDROXPROGESTERONE ACETATO)

CHECKLIST FOR EACH RETURN VISIT
FOR WOMEN USING CONTRACEPTIVE INJECTION/SHOT
(DEPO-PROVERA/MEDROXPROGESTERONE ACETATE)

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 podría ser por causa de disparo Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
Any problem you think could be caused by shot Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Está tomando calcio a diario? Si la respuesta es NO, Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
Are you taking calcium daily? If NO, Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Desea iniciar el calcio de hoy? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
Would you like to start calcium today? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Manchado o sangrado vaginal irregular Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
Spotting or irregular vaginal bleeding Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Has perdido puntos (no sangrado) Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
Have you missed periods (no bleeding) Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Ha tenido periodos de luz muy Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
Have you had very light periods Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Está usted preocupado por su patrón de sangrado? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
Are you concerned about your pattern of bleeding? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Tuvo usted pus, prolongar el dolor, enrojecimiento, picor, o sangrado en el lugar de inyección después de la inyección anterior (disparo)? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
Did you have pus, prolong pain, redness, itching, or bleeding at the injection site after previous injection (shot)? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

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

¿Ha tenido la sensación de que usted puede estar embarazada Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
Have you had the feeling that you may be pregnant Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

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

¿Tiene usted un aumento de sus dolores de cabeza Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
Do you have any increase in your headaches Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Ha tenido problemas de volver a tiempo para este inyección? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
Did you have any problems returning on time for this injection? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Tiene la intención de tener hijos? O Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
Do you plan to have children? OR Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Tiene la intención de tener más hijos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
Do you plan to have more children? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Qué va a hacer para protegerse de las enfermedades de transmisión sexual?
What are you doing to protect yourself from STDs? \_\_\_\_\_

Favor de explicar cualquier pregunta que han respondido "sí" a:
Please explain any question you have answered "yes" to:

