



Nuevo evaluador de admisión de pacientes

Symptom Screener

En los últimos 6 MESES, con qué frecuencia ha experimentado los siguientes problemas?

Nunca	Varios días	La mayoría de los días	Cada día	
				Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado
				Poco interés o placer en hacer las cosas
				Sentirse nervioso, ansioso o al límite
				Not being able to stop or control worrying No poder detener o controlar la preocupación

Si	No	
		Has tenido una ocurrencia cuando de repente te sentiste asustada, ansiosa o muy incómoda?
		Ha tenido una ocurrencia cuando por ninguna razón su corazón de repente comenzó a correr, se sintió débil o No pudiste recuperar el aliento?
		Alguna de estas ocurrencias ocurrió en una situación en la que usted no estaba en peligro o el centro de atención?

Nunca	Un poco	Algunas veces	Mucho Veces	Extremadamente	
					El miedo a la vergüenza me hace evitar hacer cosas o hablar con los demás
					Evito actividades en las que soy el centro de atención
					Estar avergonzado o parecer estúpido están entre mis peores temores

Si	No	Ha experimentado alguna de las siguientes acciones en cualquier momento de su vida:
		Desastre Natural, Incendio, explosión, accidente industrial, accidente de transporte, agresión física o sexual, cautiverio o exposición a una zona de guerra, enfermedad o lesión potencialmente mortal, muerte o lesión repentina inesperada a alguien cercano a usted, o lesiones graves, daño o muerte a otra persona que usted presenció o causó?
		Este evento ha causado problemas o síntomas significativos que duraron más de un mes?

Si	No	Ha habido alguna vez un período de tiempo en el que USTED NO era su yo habitual y sintió lo siguiente:



		Se sentía tan bien / hiper que otras personas pensaban que usted no era su yo normal o hiper que te consi en problemas?
Si	No	
		Estaba tan irritable que le gritabas a la gente o comenzaste peleas o discusiones?
		Te sentías mucho más seguro de lo normal?
		Has dormido mucho menos de lo normal pero descubriste que no te lo perdiste?
		Te sentiste mucho más hablador o hablaste más rápido de lo normal?
		Pensamientos corriendo por tu cabeza que no podías bajar la velocidad?
		Te sentiste tan fácilmente distraído por las cosas que tenías problemas para concentrarte
		Tenías mucha más energía de lo normal?
		Eras mucho más activo o hiciste más cosas de lo normal?
		Eras mucho más social o extrovertido de lo normal?
		Estabas mucho más interesado en el sexo de lo normal?
		Hiciste cosas que eran inusuales para ti que otras personas podrían haber pensado que eran excesivas, to arriesgadas?
		Gastó dinero que te metió a ti o a tu familia en problemas?

Las siguientes preguntas se relacionan con sus hábitos alimenticios:

Si	No	
		Cuando comes, te enfermas porque te sientes incómodamente lleno?
		Alguna vez te preocupa que hayas perdido el control sobre cuánto comes?
		Has perdido recientemente más de 14 libras en un período de 3 meses?
		Te crees gordo cuando otros dicen que eres demasiado delgada?
		Dirías que la comida domina tu vida?

Si	No	Alguna vez se ha molestado por tener que realizar algún ritual o actuar una y otra vez que no tienen sentido?
----	----	---

Las siguientes preguntas están relacionadas con su consumo de alcohol y sustancias:

Nunca	Mensual o menos	2-4x a mes	2 – 3x a Semana	4 or more x a seman	
					Con qué frecuencia bebe alcohol?

1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 9	10 o mas	
					Cuántas copas tienes?

Nunca	Menos de mensual	Mensual	Semanal	Diario	
					Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas en 1 ocasión

Si	No	En el último año ...
----	----	----------------------



		Ha utilizado una droga ilegal o ha usado medicamentos recetados por razones médicas NO?
--	--	---

Con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes en los últimos 6 meses:

Nunca	Raramente	Algunas veces	frecuentemente	Muy a menudo	
					Tiene problemas para terminar los detalles finales de proyecto?
					Tiene dificultad para poner las cosas en orden cuando requiere organización?
					Problemas para recordar citas u obligaciones?
					Cuando tienes una tarea que requiere mucho pensamiento, con qué frecuencia evitas o retrasas la introducción?
					Se inquieta o se retuerce con las manos / pies cuando que sentarse durante un largo período de tiempo?
					Con qué frecuencia te sientes demasiado activo y ob a hacer cosas?

Por favor, responda lo siguiente en función de cómo se siente su yo "habitual" (sin síntomas):

Si	No	
		¿Encuentras que la mayoría de la gente se aprovechará de ti si les haces saber demasiado sobre ti?
		Por lo general te sientes nervioso o ansioso por las personas?
		Evitas situaciones en las que tienes que conocer gente nueva?
		Evitas conocer gente porque te preocupa que no les gustes?
		La evitación de conocer a la gente por miedo a que no le gusten ha afectado al número de amigos que tienes?
		Cambias la forma en que te presentas a los demás porque no sabes quién eres realmente?
		A menudo sientes que tus creencias cambian tanto que ya no sabes lo que crees?
		A menudo te enojas o te irritas porque la gente no reconoce tus talentos/logros especiales tanto como deberían?
Si	No	En general, en cualquier momento ...
		Ha tenido alguna experiencia inusual, como escuchar voces, ver visiones o tener ideas que más tarde se enteró de que no eran verdad?
		Ha tenido alguna experiencia inusual, como la lectura de la mente, los pensamientos que están siendo controlados por otros, ver cosas en la televisión que se refieren a usted específicamente?

Cuestionario de salud del paciente

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sido molestado por cualquiera de los siguientes:

Nunca	Varios días	La mayoría los de los d	Cada día	
-------	-------------	-------------------------	----------	--



				Poco o ningún interés o placer en realizar tareas cotidianas
				Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado
				Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido, dormir en exceso
				Sentirse cansado o tener poca energía
				Falta de apetito o comer en exceso
				Sentirse mal contigo mismo, decepcionar a los demás, no ser auto/familia
				Problemas para concentrarse como leer o ver televisión
				Moverse / hablar lentamente o sentirse inquieto/ inquieto y otros se han dado cuenta
				Piensa que estarías mejor muerto o lastimado de alguna manera

Generalized Anxiety Questionnaire

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following:

Nunca	Varios días	La mayoría de los días	Cada día	
				Sentirse nervioso, ansioso o al límite
				No poder detener o controlar la preocupación
				Preocuparse demasiado por las cosas diferentes
				Problemas para relajarse
				Estar tan inquieto que es difícil permanecer quieto
				Convertirse en fácilmente molesto o irritable
				Feeling afraid as if something awful might happen Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder

Escala de autoejegido para adultos

Con qué frecuencia en los últimos 6 meses ha experimentado alguno de los siguientes:

Nunca	Raro	Algunos	frecuentemente	Muy frecuentemente	How often do you.... Con qué frecuencia lo haces....
					Tener problemas para terminar los detalles finales de un proyecto una vez que las piezas desafiantes están completas?
					Tiene dificultad para poner las cosas en orden cuando uste tiene un tarea que requiere organización?
					Tiene problemas para recordar citas o Obligaciones?
					Delay or avoid getting started on a task that requires a lot of thought? Retrasar o evitar comenzar a realizar una tarea que requiere un montón de pensamiento?
					Fidget or squirm w/ hands/feet when sitting for long periods of time? Fidget o retorcer w / manos / pies cuando sentado durante mucho tiempo



					períodos de tiempo?
					Siéntase obligado a hacer cosas, como si fuera impulsado motor / usted TIENEN que hacerlo
					¿Comete errores descuidados cuando trabaja en un proyecto aburrido o difícil?
					Dificultad para mantener la atención al hacer trabajo aburrido o repetitivo?
					¿Dificultad para concentrarse cuando la gente te habla?
					¿Perder la vista o tener dificultades para encontrar cosas?
					Te distrae fácilmente con la actividad o el ruido a tu alrededor?
					Deje su asiento / movimiento cuando se espera que permanezca sentado / permanecer quieto?
					Te sientes inquieto o inquieto?
					Tenga dificultad para relajarse / relajarse cuando tenga el tiempo?
					Te encuentras hablando demasiado cuando estás en situaciones sociales?
					Te encuentras terminando otras frases mientras todavía están hablando?
					Tenga dificultad para esperar su turno cuando se requiere tomar turnos?

Estresores

Cuánto estrés te está causando cada categoría actualmente?

Ninguno	Leve	Moderado	Muy fuerte	
				Familia
				Amigos
				Relaciones (no – románticas / casuales)
				Educativo
				Económico/Financiero
				Ocupacional (trabajo)
				Vivienda
				Legal
				Salud (Médica/Mental)



Revison fisica de los sistemas

Está experimentando algún síntoma físico en alguna de las siguientes categorías? Si es así, especifique brevemente

Ninguno (Compruebe si no hay problemas)	
Ojo/Visión	
Orejas/Nariz/Boca/Garganta	
Cardiovascular (corazón)	
Respiratorio (pulmones)	
Musculoesquelético (músculos/huesos)	
Gastrointestinal (estómago)	
Endocrino (hormonas/tiroidea)	
Linfático/Hematológico (sangre)	
Urinaria/Reproductiva	
Neurológico (cabeza – no psique)	
Integumentario (Piel/Pelo)	

Estas experimentando cualquiera de los siguientes sintomas psiquiatricos:

Si	No		Si	No	
		Sentirse deprimido			Estrés
		Dificultad para concentrarse			Pensamientos perturbadores
		Fobias/miedos inexplicables			Episodios maníacos
		Ya no hay placer de la vida			Confusión
		Ansiedad			Pérdida de memoria
		Insomnio			Pesadillas
		Mal humor excesivo			Otro

Historial de abuso de sustancias

Tiene antecedentes de uso/abuso de drogas recreativas?

NO compruebe a continuación si ha tomado estos

Si	No

Si	No	Sustancia	¿Cómo se usó? Oral/ comestible - Nasal - Inhalado/ahumado - Inyectado	Edad(es) De Uso
		Anfetaminas/Velocidad		
		Barbitúricos/ Downers		
		Opiáceos		
		Cocaína		
		Psicodélicos		
		Inhalantes		



		Cannabis / Marihuana	
		Benzodiazepinas	
		Pcp	

Ha recibido algun tratamiento para el abuso de sustancias ?

Si	No	Tipo de tratamiento	Duración del tratamiento	Edad del tratamiento
		Hospitalización		
		Ambulatorio Intensivo		
		paciente externo		
		Programa de 12 pasos		
		Otro		

Ha experimentado alguna de estas consecuencias comom resultado del consume de alcohol o el abuso de sustancias?

Si	No		Si	No	
		Sentí que necesitaba reducir el consumo de alcohol / beber			Usar/consumir más de lo previsto
		Ha estado molesto por otros criticando su bebida			Sobredosis involuntaria
		Se sentía culpable por beber			Dui
		Necesidad de un trago a primera hora de la mañana			Arrestos
		Aumento de la tolerancia (alcohol u otra sustancia)			Peleas físicas o agresiones
		Efectos de abstinencia (temblores, sudoración, náuseas,			Conflictos de relación
		Convulsiones			Problemas con el dinero
		Apagones			Pérdida de empleo o problemas en el trabajo/escuela
		Efectos sobre la salud física			Otros, por favor especifique:

Historia del tratamiento psiquiatrico

Tienes antecedentes de tratamiento psiquiátrico hospitalario?
(Hospitalizado por más de unas horas/pasó la noche en un hospital/centro)

Si	No

Primera hospitalización

Nombre del hospital/instalación

Motivo de hospitalización: Depresión ____ Pensamientos Suicidas ____ Intento Suicida
____ Episodio maníaco ____ Episodio psicótico ____ Ansiedad grave ____ Drogas/Alcohol relacionados
____ Asalto ____ Violencia ____ Otro:

Edad de hospitalización: _____ **Fue voluntaria?** _____

Resultado de la estancia: ____ Problema resuelto o casi resuelto ____ Mejora significativa
____ Respuesta parcial ____ Mejora menor/Sin efecto ____ Sensación de peor o resultado negativo



Segunda hospitalización: (Deje en blanco si solo tuvo 1 evento)

Nombre del hospital/instalacion: _____

Motivo de hospitalización: Depresión ____ Pensamientos Suicidas ____ Intento Suicida
 ____ Episodio maníaco ____ Episodio psicótico ____ Ansiedad grave ____ Drogas/Alcohol relacionados
 ____ Asalto ____ Violencia ____ Otro: _____

Edada de hospitlizacion: _____ **Fue Voluntaria?** _____

Resultado de hospitalización: ____ Problema resuelto o casi resuelto ____ Mejora significativa
 ____ Respuesta parcial ____ Mejora menor/Sin efecto ____ Sensación de peor o resultado negativo

Tiene historia de tratamiento psiuiatrico ambulatorio?

(Visto un proveedor se stintomas de salud mental y medicamentos psiquiatricos prescritos) Si No , vaya a la siguiente seccion

Si	No

1.Nombre de proveedor/Officina/Clinica: _____

Edad al inicio del tratamiento: _____

Razon para buscar tratamiento: ____ Depresión ____ Panic ____ Anxiety ____ Ansiedad social
 ____ Obsesivo Compulsivo ____ PTSD ____ Bipolar ____ Trastorno de la alimentación
 ____ Alcoholismo ____ Abuso de Drogas ____ TDAH ____ Trastorno de la Personalidad
 ____ Esquizofrenia/Psicosis ____ Espectro autista ____ Comportamiento disruptivo
 ____ Otros: _____

Respuesta al tratamiento: ____ Problema resuelto/casi resuelto ____ Mejora significativa
 ____ Respuesta parcial ____ Mejora menor/Sin efecto ____ Sensación de peor o resultado negativo

(Continua la informacion sobre el tratamiento psiquistico)

2. Nombre de proveedoe/Officina/Clinica : _____

Edad al inicio del tratamiento: _____

Razon para buscar tratamiento: ____ Depresión ____ Panic ____ Anxiety ____ Ansiedad social
 ____ Obsesivo Compulsivo ____ PTSD ____ Bipolar ____ Trastorno de la alimentación
 ____ Alcoholismo ____ Abuso de Drogas ____ TDAH ____ Trastorno de la Personalidad
 ____ Esquizofrenia/Psicosis ____ Espectro autista ____ Comportamiento disruptivo
 ____ Otros: _____

Respuesta al tratamiento: ____ Problema resuelto/casi resuelto ____ Mejora significativa
 ____ Respuesta parcial ____ Mejora menor/Sin efecto ____ Sensación de peor o resultado negativo

Historia del suicide/ dano propio

Alguna vez has intentado hacerte daño o suicidarte? ____ Sí ____ No (Si no, Saltar a la siguiente sección)

En caso afirmativo, ¿tu intención era morir? ----- ____ Sí ____ No

¿Cuántas veces en tu vida ha ocurrido esto? _____



Episodio 1 Mes/Año _____

Método: ___ Sobredosis ___ corte ___ Disparo ___ Drowning_ ___ Colgado ___ Saltar desde la altura ___ Vehículo ___ Monóxido de carbono ___ Asfixia

Consecuencias: ___ No hay tratamiento médico ___ Visita médica ambulatoria ___ Sala de emergencias ___ Ingreso hospitalario (hospitalario) ___ Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Episodio 2 Mes/Año _____

Método: ___ Sobredosis ___ corte ___ Disparo ___ Drowning_ ___ Colgado ___ Saltar desde la altura ___ Vehículo ___ Monóxido de carbono ___ Asfixia

Consecuencias: ___ No hay tratamiento médico ___ Visita médica ambulatoria ___ Sala de emergencias ___ Ingreso hospitalario (hospitalario) ___ Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Historia de la violencia

Has tenido antecedentes de comportamiento
En caso afirmativo

Si	No

Historia de medico pasado

Quien es su medico de atencion primaria/familia

Estas tomando actualmente algun medicamento no- psiquiatrico? En caso que si liste los nombres de medicamento :

Tiene Historia de alguno de los siguientes problemas de salud? Marque todo lo que corresponda

Alergias	Glaucoma	Piedras de riñón
Anemia	Gota	Enfermedad hepática
Artritis	Colesterol alto	Lupus
Asma	Pérdida auditiva	Migraña
Problemas de espalda/ columna vertebral	enfermedad cardíaca	Esclerosis Múltiple
Cáncer	Defecto cardíaco	Obesidad/Sobrepeso
Cataratas	Problemas con la válvula cardíaca	Enfermedad de Parkinson
Varicela	Hemorroides	Pólipos



Bronquitis crónica	Hepatitis	Convulsiones
EPOC/Emfisema	Hernia	Infecciones de Transmisión Sexual/ETS
Diabetes	Vih	Apnea del sueño
Diverticulitis	Presión arterial alta	Trazo/ TIA
Desmayos/desmayos	Presión arterial baja	Baja testosterona
Fibromialgia	IBS/ Enfermedad inflamatoria intestinal	Problemas de tiroides
Enfermedad de la vesícula biliar	Deficiencia de hierro	Tuberculosis/exposición a la tuberculosis
Gastritis/Ulcer	Enfermedad renal	Otros: _____

Has tenido alguna cirugía en alguna de las siguientes áreas? Marque todo lo que corresponda

Espalda/Cuello	Histerectomía (extirpación de ovarios)	Próstata
Cerebro	Intestino	Cambio de sexo
Cardíaca	Riñón	Hombro/Codo/Muñeca/Mano
Oreja/Nariz/Garganta	Hígado	Estómago
Gall Bladder	Pulmón	Amígdalas
Hernia	Páncreas	Vagina
Cadera/Rodilla/Tobillo/Pie	Pelvis	Pérdida de peso
Histerectomía (ovarios retenidos)	Pene	Otro: _____

Alguna vez has tomado alguno de los siguientes medicamentos psiquiátricos? Si No

Abilify (aripiprazole)	Invega (paliperidone)	Revia (naltrexone)
Adderall	Keppra (Levetiracetam)	Risperdal (risperidone)
Ambien (zolpidem)	Klonopin (Clonazepam)	Ritalin (methylphenidate)
Anafranil/clomipramine	Lamictal (Lamotrigine)	Rozerem (ramelteon)
Antabuse (disulfiram)	Latuda	Seroquel (quetiapine)
Ativan (lorazepam)	Lexapro (escitalopram)	Serzone (nefazidone)
Buspar (Buspirone)	Librium	Sinequan (doxepin)
Campral (acamprosate)	Lithobid	Sonata (zaleplon)
Catapres (clonidine)	Lithium	Stelazine (trifluoperazine)
Celexa (citalopram)	Lunesta (Eszopiclone)	Strattera (atomoxetine)
Clozaril (Clozapine)	Luvox (fluvoxamine)	Suboxone (buprenorphine)
Concerta	Lyrica (pregabalin)	Subutex (buprenorphine)
Contrave	Melatonin	Tegretol (carbamazepine)
Cymbalta (duloxetine)	Mellaril (thioridazine)	Tenex (guanfacine)
Cytomel	Methadone	Thorazine (chlorpromazine)
Depakote (Divalproex)	Navane (thiothixene hcl)	Topamax (topiramate)
Dexedrine	Neurontin (gabapentin)	Trazodone (Desyrel)
Doxepin (sinequan)	Orap (pimozide)	Trileptal (oxcarbazepine)
Effexor (Venlafaxine)	Pamelor (nortriptyline)	Valium (diazepam)
Elavil (amitriptyline)	Paxil (paroxetine)	Viibryd (vilazodone)
Fanapt (iloperidone)	Phentermine	Vistaril (hydroxyzine)
Fiornal	Pristiq (desvenlafaxine)	Vyvanse
Focalin	Propranolol	Wellbutrin (bupropion)



Gabitril	Provigil (modafinil)	Xanax (alprazolam)
Geodon (ziprasidone)	Prozac (fluoxetine)	Zoloft (sertraline)
Haldol (haloperidol)	Remeron (mirtazapine)	Zyprexa (olanzapine)
Intuniv	Restoril (temazepam)	

Si alguna vez ha tenido algún efecto secundario en cualquier medicamento psiquiátrico, especifique qué medicamento y los efectos secundarios que experimentó o la razón por la que dejó de tomar cualquier medicamento psiquiátrico por cualquier otra razón: _____

Es alérgico a algún medicamento u otras sustancias? Si No

Sí, especifique qué es y qué reacción tuvo: _____

Historia de familia

Tienes algún familiar con antecedentes de problemas de salud mental? En caso afirmativo, por favor detalle qué problemas tenían (por ejemplo: Mamá – depresión)

Tiene algún miembro de la familia con antecedentes de algún problema médico? _____

Desarrollo & Historia Educativa

Cuando tu madre estaba embarazada de ti, ¿tenía alguno de los siguientes problemas No hay problemas
 ___ Exposición a drogas/alcohol durante el embarazo ___ Un embarazo difícil
 ___ Problemas con la entrega ___ Otros: _____

Tuviste alguna complicación después de tu Nacimiento : Prematuro ___ Ictericia ___ dificultades respiratorias
 ___ Ninguno

Ha tenido aalgun retraso/ dificultad para alcanzar los sigientes hitos?

___ Caminar ___ Hablando ___ Entrenamiento de Aseo ___ Dormir Solo
 ___ Estar lejos de los padres ___ Hacer amigos Otro: _____

Como describiria mejor su ambiente hogareno de la infancia

___ Normal ___ Apoyo ___ Lucha parental ___ Violencia parental
 ___ Dificultades financieras ___ Movimiento frecuente ___ Otro: _____

Tuviste alguno de los siguientes desafios durante tu infancia ? ___ Ninguno

___ Berrinches ___ Humectación de la cama ___ Correr fuera de casa ___ Luchando
 ___ Robo ___ Daño a la propiedad ___ Ajuste de fuego ___ Crueldad animal
 ___ Ansiedad por separación ___ Víctima de acoso ___ Comprometido en el acoso ___ Depresión
 ___ Muerte de un padre ___ Divorcio parental



Tuviste alguno de los siguientes problemas en la escuela? Ninguno

Lucha Fobia escolar Truquío Detenciones
 Suspensiones Expulsiones Rechazo escolar Fallos de clase
 Repetición de grados Educación especial Clases correctivas

Tuviste alguna educación fuera del ambiente estandar del aula?

Clases de habla Tutoría Adaptaciones Otros: _____

Cual es su nivel mas alto de educacion:

Menos que la Escuela Secundaria Escuela Secundaria/GED Algunos Colegios
 2 años de grado 4 años de grado Graduado/grado profesional

Historia Social General

Como Describiria mejor su situacion social ?

Red social de apoyo Pocos amigos Amigos de la base de uso de sustancias
 No hay amigos Distante de la familia de origen Conflicto familiar
 Otro: _____

Cual es estado civil actual?

soltero, nunca casado Casado / asociación permanente Divorciado Separado/divorcio en el proceso Viuda

Cual es el estado de su relacion intima?

Nunca he estado en una relación seria
 No está en una relación seria
 Actualmente en una relación seria

Cual es el nivel de satisfaccion de su relacion intima? No Aplicable Muy Satisfecho Satisfecho
 Algo Satisfecho Insatisfecho

Cual es tu orentacion sexual? Heterosexual Homosexual Bisexual

Cual es su situacion actual de vive ?

Alquiler Propio Hogar del grupo Cuidado de crianza Sin hogar

Con quien vives? Vivir solo Compañeros de cuarto Pareja/cónyuge
 Padre(s) Hermanos Hijos Otros: _____

Participa actualmente en actividades espirituales? Si No

Cual es su estado de ocupacion ?

Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Temp/seasonal Jubilado
 Estudiante de tiempo completo Estudiante de tiempo parcial Ama de casa Discapacidad
 Desempleado (buscando trabajo) Desempleado (No buscando trabajo)

Cual es su ingreso anual actual ?

Menos de 11k 11k – 25k 26k – 75k 76k – 100k Más de 100k



Cuál es su período más largo de empleo continuo? _____

Cuál es su período de desempleo más largo? _____

Sólo para mujeres - Menstruación & Historia del Embarazo

A qué edad empezaste la menstruación? _____

Cuál de estos describe mejor sus síntomas premenstruales actuales?

Disforia (estado de inquietud) Calambres Cambio de apetito
 Bloating Disturbios del sueño Ninguno de estos

Tienes un método anticonceptivo (control de la natalidad)? Ninguno

Intrauterino (DIU) Hormonal (implante, inyección, parche, píldora, anillo)
 Barrera (condón, espermicida) Conciencia de fertilidad basada en
 Permanente (esterilización, infertilidad) Otro: _____

Has estado embarazada alguna vez? Sí No - Cuántas veces? _____

Si ha estado embarazada, ¿ha dado a luz? Sí No - Cuántas veces? _____

Si NO ha dado a luz, ¿ha tenido algún aborto espontáneo? Sí No - Cuántas veces? _____

Si NO ha dado a luz, ¿ha tenido algún aborto? Sí No - Cuántas veces? _____