

La Próxima Cita/Motivo:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Fechas de las Vacunas:

Tétanos (TD o Tdap): _____

(*tétanos, difteria o tétanos, difteria, tos ferina*)

MMR _____

(*Sarampión/paperas/rubéola*)

Rubéola _____

Hep A _____

Hep B _____

Varicela _____

HPV _____

(*virus de papiloma humano*)

Flu _____

(*influenza*)

Marque con un círculo el primer día de su menstruación cada mes.

Año: _____

Enero 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Feb. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29

Mar. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Abril 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Mayo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Junio 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Julio 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Ago. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Sep. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Oct. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Nov. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Dic. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Señales de peligro/precaución – Depo-Provera

- Dolores de cabeza fuertes, recurrentes
- Sangramiento fuerte
- Depresión
- Dolor en la parte inferior del vientre
- Pus, dolor que persiste o sangramiento en el lugar de la inyección

Señales de peligro/precaución – Pastilla o Píldora Anticonceptiva

- Dolor de estómago (fuerte)
- Dolor de pecho (tos, dificultad en respirar, dolor agudo cuando inhala [respira hacia adentro])
- Dolor de cabeza (severo, mareo, debilidad o pérdida de sensación, especialmente si es en un lado del cuerpo)
- Problemas con la vista (pérdida de visión o visión borrosa), problemas con el habla
- Fuerte dolor de piernas (pantorrillas o muslos)

Anticonceptivo de Emergencia

Si falla su metodo de control de natalidad, o

Si tiene relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo y no desea salir embarazada:

Llame a la clínica de planificación familiar lo antes posible.

- Pregunte acerca del: Anticonceptivo de emergencia.
- El anticonceptivo de emergencia **puede reducir el riesgo de embarazo** si lo toma durante las 120 horas (5 días) desde que tuvo relaciones sexuales.

Si la clínica está cerrada, llame gratuitamente al teléfono: 1-888-668-2528.

Clínica de Salud Para La Mujer

(Sello de la Agencia)

Para citas llame al teléfono:

Fines de semana o emergencias llame al teléfono:

Nombre: _____

Número del expediente médico: _____

DHHS 1403S (Revised 01/2016)
Women's Preventive Health Unit (Review 01/2019)