

**La Próxima Cita/Motivo:**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_

**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

**Fechas de las Vacunas:**

Tétano: \_\_\_\_\_

MMR \_\_\_\_\_

(Sarampión/paperas/rubéola)

Rubéola \_\_\_\_\_

HEPB (Hepatitis B) \_\_\_\_\_

**La Próxima Cita/Motivo:**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_

**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

**Fechas de las Vacunas:**

Tétano: \_\_\_\_\_

MMR \_\_\_\_\_

(Sarampión/paperas/rubéola)

Rubéola \_\_\_\_\_

HEPB (Hepatitis B) \_\_\_\_\_

## 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 8/01)  
Women's Preventive Health Unit (Review 8/03)

### 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 (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 72 horas (3 días) desde que tuvo relaciones sexuales.

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

### 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 (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 fall un anticonceptivo, 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 72 horas (3 días) desde que tuvo relaciones sexuales.

Si la clínica está cerrada, llame gratuitamente al # de 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 # de teléfono:

Nombre: \_\_\_\_\_

Número del expediente  
médico: \_\_\_\_\_

DHHS 1403S (Revised 10/04)  
Family Planning and Reproductive Health Unit (Review 10/07)