



**OBJETIVO:** Esta gráfica es para que las pacientes que usan la Planificación Familiar Natural anoten a diario las observaciones relacionadas con los períodos fértiles e infértiles del ciclo menstrual. La paciente se queda con una copia y le entrega la hoja original al profesional de salud.

**PREPARACIÓN:** Complete la gráfica siguiendo las instrucciones:

**NOMBRE-NOMBRE DE LA CLÍNICA:** Anote el nombre completo y el número de la clínica.

**TELÉFONO:** Anote el número de teléfono de la paciente.

**MES, AÑO:** Anote la fecha del mes y el año.

**HORA EN QUE SE TOMA LA TEMPERATURA:** Anote la hora usual, con un margen de media hora, en que se tomará la temperatura.

**CICLO:** Anote el número total de días del ciclo que aparece en la gráfica. Considere el primer día de menstruación como día “uno” (1); el último día será el día anterior al primer día de la siguiente menstruación.

**TEMPERATURA:** Marque con un punto en la gráfica según sea la temperatura basal de ese día, indicando los décimos de grado. Conecte los puntos.

**DÍA DEL CICLO:** Anote el primer día del período menstrual como el día 1, el segundo día como 2, y así consecutivamente.

**FECHA:** Anote la fecha (día del mes), comenzando el día en que le comienza su menstruación.

**DÍA DE LA SEMANA:** Anote la inicial del día de la semana que corresponde. Por ejemplo: L (lunes), M (martes), Mi (miércoles), etc.

**RELACIÓN SEXUAL:** Anote una “x” en los días que tuvo relaciones sexuales.

**CONSISTENCIA DE LA MUCOSIDAD:** Anote la letra que corresponda, según se indica en la gráfica: S = seca; P = pastosa, pegajosa; H = blanco turbio, oscura y húmeda; C = clara, elástica, acuosa. Puede incluir otras descripciones.

**SANGRAMIENTO:** Leve (L), Moderado (M), Fuerte (F).

**VARIACIONES:** Anote descripción de la condición que afecta al ciclo.

**CAMBIOS EN EL CUELLO DE LA MATRIZ:** Anote la letra que indique la consistencia de su cuello de matriz: F = Firme; B = Blando

F F F                      F F F  
                                  ○ ○ ○                      . . .  
                                  . . .                      . . .  
                                  B B B B B

**ELIMINACIÓN:** Este formulario puede ser destruido de acuerdo con la Cláusula 5 del *Patient Clinical Record Section of the Records*. Horario de Eliminación, publicado por la *North Carolina Division of Archives and History*.

Puede pedir más formularios a:

Division of Public Health  
Women's Health Branch  
Family Planning and Reproductive Health Unit  
1929 Mail Service Center  
Raleigh, NC 27699-1929