

## Plan de Reproducción de Vida

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Información del Paciente:

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gravidas (incluyendo el presente embarazo ): \_\_\_\_ Nacimientos a tiempo: \_\_\_\_

Nacimientos antes de tiempo: \_\_\_\_

Abortos /Pérdida de embarazo: \_\_\_\_ Niños vivos \_\_\_\_\_

### 1. ¿Planea usted tener más hijos en el futuro?

- Sí
- No (si es no, **continue a la pregunta 5**)

### 2. ¿Cuántos niños le gustaría tener?

\_\_\_\_\_ Niños

### 3. ¿Cuáles son sus metas para el futuro y cómo se ven incluidos los niños en este plan?

*Es muy importante considerar qué tener mas niños puede afectar las metas y planes en el futuro.*

### 4. ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar para que usted/o su pareja tengan otro embarazo?

- Quiere esperar: \_\_\_\_\_ meses/años (circule uno y **continue a la pregunta 6**)
- Quiere otro embarazo Inmediatamente (revisar la información siguiente)
  - *Es muy importante que usted visite a su médico lo más pronto posible para discutir su salud e historia médica, discutir cualquier posibilidad de complicaciones y asegurarse que usted tiene todas las vacunas.*
  - *400 microgramos de Acido Fólico son necesarios cada día antes y durante el embarazo para prevenir defectos de nacimiento mayores en el cerebro y espina dorsal del bebé.*
  - *Es muy importante dejar de tomar alcohol, fumar o usar drogas. Estas sustancias pueden causar nacimientos prematuros, defectos de nacimiento y muerte infantil. Si tiene dificultad o problemas para parar, conectela con un servicio que la pueda ayudar.*

### 5. Los planes de la gente cambian. ¿Es posible que usted y/o su pareja pudieran decidir tener otro embarazo?

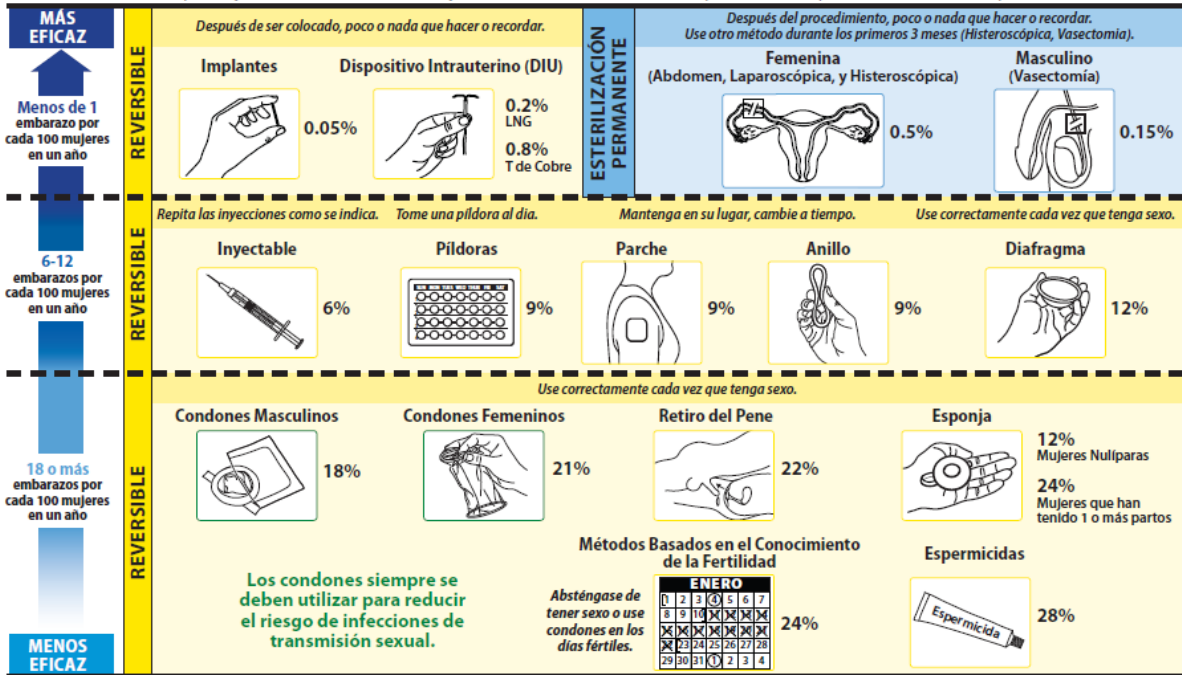
*Ayude al paciente a darse cuenta que los planes pueden cambiar, pero que ella tiene el poder de deliberar o hacer sus propias decisiones o acciones acerca del embarazo.*

### 6. ¿Que método de planificación familiar piensa usar para asegurarse que usted y su pareja no se llegaran a embarazar (hasta que esten listos)?

*Revise el diagrama que esta en la parte de atrás de la página con el paciente y asegurese que el paciente entiende la efectividad de cada uno de los métodos de planificación familiar. Asegurese que el paciente entiende las acciones que ella necesita tomar para incrementar la efectividad. (preguntas continúan en la parte de atrás de la página)*

# EFICACIA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR\*

\*Los porcentajes indican el número de cada 100 mujeres con un embarazo accidental dentro del primer año de uso típico de cada método anticonceptivo.



Otros Métodos Anticonceptivos: (1) Método de Amenorrea de Lactancia (MELA): es un método de anticonceptivo que es altamente eficaz y temporal. (2) Anticonceptivos de Emergencia: Después de relaciones sexuales sin protección, píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) o el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre reduce sustancialmente el riesgo de embarazo. Adaptado de World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP). Knowledge for health project. Family planning: a global handbook for providers (2011 update). Baltimore, MD: Geneva, Switzerland: CCP and WHO, 2011; and Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83:397-404.



Método de planificación actual : \_\_\_\_\_ Método de planificación deseado: \_\_\_\_\_

7. ¿Qué tan segura esta que podría usar este método sin problemas?

- Segura
- No Segura (regrese a la pregunta 6)

8. ¿Qué necesita para asegurarse que usted tiene acceso a los métodos de planificación familiar que hemos discutido y usarlos efectivamente?

*Eduque al paciente en donde puede acudir o tener acceso a su método seleccionado. Si ella necesita ver a un Médico y no tiene uno, ayudele a localizar el más cercano a ella. Si el cliente tiene Tarjeta Médica, informele que todos los médicos que reciben Tarjeta Médica tienen que proveer métodos de planificación familiar sin costo alguno.*

Para uso de la enfermera: Por favor registre las fechas de seguimiento de este plan con el cliente y anote cualquier cambio o comentarios.

Fecha: \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_