

## Lista de Verificación para iniciar Anticonceptivos Orales Combinados

Por favor haga todas las siguientes preguntas a la mujer y marque la casilla correcta.

NO

SÍ

- |  |  |  |
|--|--|--|
|  | 1. ¿Está su menstruación retrasada y cree usted que podría estar embarazada actualmente?   |  |
|  | 2. ¿Está actualmente amamantando a un bebé que tiene menos de seis meses de haber nacido?  |  |
|  | 3. ¿Fuma cigarrillos y tiene más de 35 años de edad?   |  |
|  | 4. ¿Tiene dolor de cabeza recurrente y severo, a menudo en un lado o pulsátil, que le causa náuseas y empeora con la luz, el ruido, o el movimiento? |  |
|  | 5. ¿Tiene presión sanguínea alta?  |  |
|  | 6. ¿Ha tenido alguna vez un derrame cerebral, un coágulo en las piernas o en los pulmones, o un ataque cardíaco?                                     |  |
|  | 7. ¿Tiene diabetes (azúcar en la sangre)?  |  |
|  | 8. ¿Tiene o ha tenido cáncer de mama?  |  |
|  | 9. ¿Tiene una enfermedad del hígado grave o ictericia (piel u ojos amarillentos)?  |  |
|  | 10. ¿Toma con regularidad píldoras para la tuberculosis (TB), infecciones por hongos para convulsiones (ataques) para HIV (ritonavir) ?              |  |
|  | 11. ¿Se le ha dicho alguna vez que tiene una enfermedad reumática como lupus?  |  |



**Si la clienta contesta NO a todas las preguntas de arriba, ella puede usar los AOC**

**Si la clienta contesta SÍ a cualquiera de las preguntas de arriba, *derive a la clínica o al médico*, y proporcíónele condones para que**