

Formulario de la paciente

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: _____ <i>(N.º de ident. del paciente/expediente del centro/caso)</i> [Solo para uso del centro]	FECHA EN QUE SE REALIZÓ LA INTERRUPCIÓN: / / (Mes/Día/Año)
---	---

1. EDAD DE LA PACIENTE: _____	
2. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DE LA PACIENTE: _____	
3. ¿ESTÁ DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA CIUDAD? S / N	_____ (Ciudad) (Condado) (Estado) (Código postal)
4. FECHA DE INICIO DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL: / / (Mes/Día/Año)	
5. PARTOS PREVIOS CON NACIDOS VIVOS (ingrese un número o "ninguno") a. Nacidos vivos actualmente con vida: _____ b. Nacimientos vivos actualmente fallecidos: _____	6. INTERRUPCIONES DE EMBARAZOS ANTERIORES: (ingrese un número o "ninguna") a. Abortos espontáneos, abortos naturales, mortinatos, muertes fetales: _____ b. Abortos inducidos (NO incluir la presente interrupción de embarazo): _____
7. ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Actualmente casada <input type="checkbox"/> Declaración de pareja de hecho registrada en Oregon <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorcio/Disolución de la pareja de hecho <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> No sabe	
8. EDUCACIÓN: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 8.º grado o inferior; ninguno <input type="checkbox"/> 9.º-12.º grado; sin diploma <input type="checkbox"/> Escuela secundaria o certificación GED completa </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin diploma <input type="checkbox"/> Diploma universitario de dos años <input type="checkbox"/> Título de licenciado </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado o título profesional <input type="checkbox"/> No sabe </div> </div>	
9. ¿ES LA PACIENTE DE ORIGEN HISPANO? <input type="checkbox"/> No, no soy española/hispana/latina <input type="checkbox"/> Sí, mexicana, mexicana-estadounidense, <input type="checkbox"/> chicana Sí, puertorriqueña <input type="checkbox"/> Sí, cubana <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano (Especifique): _____	10. RAZA DE LA PACIENTE (seleccione una o más) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Aborígen de América del Norte o nativa de Alaska (especifique las tribus): _____ <input type="checkbox"/> Asiática India <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra raza asiática (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Otra raza de las islas del Pacífico (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____
11. ¿UTILIZABA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO LA PACIENTE EN EL MOMENTO EN QUE QUEDÓ EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce En caso afirmativo, especifique el método a continuación <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Píldora anticonceptiva <input type="checkbox"/> Esterilización no quirúrgica; por ejemplo, Essure <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Implante hormonal <input type="checkbox"/> Anticoncepción de emergencia <input type="checkbox"/> Inyección anticonceptiva; por ejemplo, Depo-Provera </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> DIU/CIU <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Condones, preservativos <input type="checkbox"/> Calendario <input type="checkbox"/> NuvaRing </div> </div>	