

Formulario de la paciente

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: <i>(N.º de ident. del paciente/expediente del centro/caso)</i> <small>[Solo para uso del centro]</small>		FECHA EN QUE SE REALIZÓ LA INTERRUPCIÓN: <small>/ /</small> <small>(Mes/Día/Año)</small>										
1. EDAD DE LA PACIENTE: _____												
2. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DE LA PACIENTE:												
3. ¿ESTÁ DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA CIUDAD? S / N	<small>(Ciudad)</small>	<small>(Condado)</small>	<small>(Estado)</small>									
4. FECHA DE INICIO DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL: / / <small>(Mes/Día/Año)</small>												
5. PARTOS PREVIOS CON NACIDOS VIVOS (ingrese un número o "ninguno") a. Nacidos vivos actualmente con vida: <small>_____</small>		6. INTERRUPCIONES DE EMBARAZOS ANTERIORES: (ingrese un número o "ninguna") a. Abortos espontáneos, abortos naturales, mortinatos, muertes fetales: <small>_____</small>										
b. Nacimientos vivos actualmente fallecidos: <small>_____</small>		b. Abortos inducidos (NO incluir la presente interrupción de embarazo): <small>_____</small>										
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: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 8.º grado o inferior; ninguno</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin diploma</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Maestría</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9.-12.º grado; sin diploma</td> <td><input type="checkbox"/> Diploma universitario de dos años</td> <td><input type="checkbox"/> Doctorado o título profesional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Escuela secundaria o certificación GED completa</td> <td><input type="checkbox"/> Título de licenciado</td> <td><input type="checkbox"/> No sabe</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 8.º grado o inferior; ninguno	<input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin diploma	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> 9.-12.º grado; sin diploma	<input type="checkbox"/> Diploma universitario de dos años	<input type="checkbox"/> Doctorado o título profesional	<input type="checkbox"/> Escuela secundaria o certificación GED completa	<input type="checkbox"/> Título de licenciado	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> 8.º grado o inferior; ninguno	<input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin diploma	<input type="checkbox"/> Maestría										
<input type="checkbox"/> 9.-12.º grado; sin diploma	<input type="checkbox"/> Diploma universitario de dos años	<input type="checkbox"/> Doctorado o título profesional										
<input type="checkbox"/> Escuela secundaria o certificación GED completa	<input type="checkbox"/> Título de licenciado	<input type="checkbox"/> No sabe										
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"/> Aborigen 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										
<input type="checkbox"/> Píldora <input type="checkbox"/> Implante anticonceptiva hormonal		<input type="checkbox"/> DIU/CIU <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Condones, preservativos <input type="checkbox"/> Calendario <input type="checkbox"/> NuvaRing										
<input type="checkbox"/> Esterilización no quirúrgica; por ejemplo, Essure		<input type="checkbox"/> Anticoncepción de emergencia <input type="checkbox"/> Inyección anticonceptiva; por ejemplo, Depo-Provera										
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____												