

# GUÍA DE CONVERSACIÓN



Cumplimente este formulario y prepárese para una conversación informada sobre la anticoncepción con su médico o enfermero. Puede hacer una captura de pantalla de este formulario, imprimirlo, guardarlo o compartirlo por correo electrónico. No se transmitirá nada de esto a nadie, a menos que usted lo decida.

**MI OBJETIVO PARA ESTA CITA CON EL MÉDICO:**

**EL RESULTADO DE MI CUESTIONARIO SOBRE EL MÉTODO:**

## LO ME IMPORTA MÁS EN LA ANTICONCEPCIÓN

**Recordar que debo tomar los anticonceptivos a diario...**

- no es problema para mí       a veces es difícil       no es lo mío

**Si me quedase embarazada ahora mismo...**

- podría tener un bebé       sería muy difícil

**El uso de anticoncepción hormonal...**

- funciona para mí       me gustaría evitarlo       no estoy segura

**Mis anticonceptivos deberían hacer que mis períodos...**

- fueran más cortos y ligeros       fueran regulares y predecibles       desaparecieran por completo       fueran exactamente iguales

## ES BUENO QUE SU MÉDICO O ENFERMERO LO SEPAN

¿Cuál es su método actual y qué le molesta del mismo?

¿Necesita tomar algún medicamento o tiene alguna enfermedad?

¿Siente que su período es largo, intenso y doloroso?

## OTRAS PREGUNTAS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN

Efectos secundarios, protección contra las ITS, fácil acceso al método...