

Vicerrectoría de Cultura y Bienestar

Convenio Gestión de Salud Integral – Grupo TJEN Programa de Enfermería

Formato para la Realización de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva

Código: PA-GU-7-FOR-76 Versión: 1 Fecha: 01-04-2019

Fecha: Día: \_\_\_\_ Mes:\_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_\_\_\_

**ACOMPAÑANTE**

PROCEDENCIA:

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. IDENTIFICACIÓN:**

EDAD

GÉNERO

F

M

ESTADO CIVIL

S

C

UE

Cédula o Tarjeta de Identidad

MPIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MPIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OCUPACIÒN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿TIENE UN CARNÉ QUE LE CUBRE LA ATENCIÓN EN SALUD?

NO

SI

ENTIDAD:

RÉGIMEN SS  PPNA 

CONTRIBUTIVO

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

LUGAR DE NACIMIENTO:

AA

M

D

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RESPONSABLE**

PARENTESCO DE RESPONSALBE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TOTALES**

**2. CONOCIMIENTOS**

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

En alto grado

3

Regular

3

3

3

3

3

3

3

3

3

1

Muy Poco

1

1

1

1

1

1

1

1

1

3. ¿Conoce los métodos de planificación familiar?

2. ¿Sabe cuáles son las consecuencias del Embarazo precoz?

5. ¿Conoce sobre la interrupción voluntaria del embarazo?

6. ¿Conoce las Infecciones de transmisión sexual?

4. ¿Conoce cómo se usan los métodos de planificación familiar?

1. ¿Conoce la anatomía y fisiología del Aparato Reproductor Femenino y Masculino?

7. ¿Sabe cómo se previenen las Infecciones de transmisión sexual?

8. ¿Sabe cuáles son los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino?

9. ¿Conoce usted la política de Salud Sexual y Reproductiva del País?

10. ¿Conoce usted sus derechos sexuales y reproductivos?

TOTAL

PARCIAL ACUERDO

TOTAL DESACUERDO

**3. Actitudes**

1. Si estoy teniendo relaciones sexuales, o voy a empezar a tenerlas, la mejor

 opción es la doble protección: anticonceptivo + condón.

5

3

1

2. La planificación familiar favorece el estado de salud de la mujer.

5

1

3

3. Para evitar el embarazo, al menos uno de los miembros de la pareja debe usar un método

 anticonceptivo eficaz

1

5

3

4. Tener relaciones sexuales sin protección, es actuar irresponsablemente

5

3

1

5. Tener relaciones sexuales sin usar preservativo, es un riesgo para su salud

5

1

3

6. Tener más de un compañero(a) sexual, aunque en diferente época, aumenta el riesgo de

 contraer infecciones de transmisión sexual, VIH/Sida y en las mujeres cáncer de cuello uterino

1

3

5

1

3

5

1

3

5

1

3

5

7. La mejor forma de evitar las Infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, el Cáncer de

 cuello uterino y el embarazo, es la abstinencia?

8. Ante un embarazo no planeado la mejor opción es buscar ayuda para evitar tomar la decisión

 de abortar.

9. Un embarazo sin planear puede afectar su vida de pareja, su vida familiar y académica.

10. La planificación familiar es una responsabilidad que se debe asumir en pareja.

SI

NO

**4. PRACTICAS:**  1. Empezó usted a tener relaciones sexuales?

2. A qué edad inició? \_\_\_\_\_ años

3. Cuántos compañeros (as) sexuales ha tenido usted hasta el momento? \_\_\_

4. Cuántos (as) en el último año? \_\_\_

5. Usa EN ÉSTE MOMENTO métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo?: NO

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Hormonal oral |
| 2 | H. Inyectable mensual |
| 3 | H. Inyectable bi o trimestral |
| 4 | Parche anticonceptivo |
| 5 | Norplant |
| 6 | Dispositivo Intrauterino |

SI

|  |  |
| --- | --- |
| 7 | Espermicidas: óvulos, tabl., cremas |
| 8 | Ritmo o calendario |
| 9 | Retiro o coito interrumpido |
| 10 | Condón |
| 11 | Otro (especificar cuál) |
| 12 | Ninguno |

6. Si respondió que **USA** el **CONDON, la forma de uso es:**

**ALG. VECES**

**NUNCA**

**SIEMPRE**

**ESPACIO UTILIZADO PARA EL PERSONAL QUE ATIENDE**

**CONDUCTAS DE ENFERMERÍA: Diagnóstica:** Prueba de VIH\_\_\_ Citología CU \_\_\_ Test de embarazo\_\_\_\_ Frotis vaginal \_\_\_\_\_ Otra(s)\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Terapéutica:** Inicio de Anticonceptivo\_\_\_\_ Tipo de anticonceptivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre comercial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Educativa**: En qué aspectos: (**resumen de temas**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Remisioria:** Apertura de Historia de PF **\_\_\_\_** Otra Institución para otros Métodos Anticonceptivos\_\_\_\_\_ Citología CU \_\_\_\_ Prev ITS \_\_\_\_ Psicología\_\_\_\_ Ginecólogo\_\_\_\_ Médico General \_\_\_\_\_ Odontología \_\_\_\_\_ Exámenes: \_\_\_\_\_ Prueba de VIH \_\_\_ Citología CU \_\_\_Test de embarazo\_\_\_\_ Frotis vaginal \_\_\_\_\_

SI

¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Edad (es) 1.\_\_\_\_\_ 2:\_\_\_\_\_

NO

9. Tiene hijos?

**NUNCA**

7. Se realiza usted el auto-examen de su glándula mamaria cada mes?

AÑO \_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que lo hizo?

8. Se practica el auto-examen de los testículos?

AÑO \_\_\_\_\_\_\_\_

MES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que lo hizo?

**ALG. VECES**

**SIEMPRE**

**SOLO PARA HOMBRES:**

MES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué haría si se da cuenta que usted o su pareja tiene una Infección de transmisión sexual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es su mayor preocupación en éste momento, con relación a su vida sexual y reproductiva? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha sido usted víctima de algún tipo de violencia? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa éste tipo de violencia fue: psicológica\_\_\_\_\_ física\_\_\_ sexual\_\_\_ económica\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué haría si: ¿Usted, o su pareja queda en embarazo sin desearlo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA DE USUARIA(O) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE DE PROFESIONAL QUE ATENDIÓ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**