

SALUD MENTAL Y EMOCIONAL

- ☐ Estado emocional estable
- ☐ Compromiso con paternidad responsable
- ☐ Relación de pareja estable
- ☐ Sin signos de depresión o ansiedad severa
- ☐ Acceso a apoyo psicológico (si es necesario)



COMPROMISO CON TU PAREJA

- ☐ Asistí a consulta preconcepcional junto a mi pareja
- ☐ Conozco el plan de preparación de mi pareja
- ☐ Apoyo activamente su proceso de preparación
- ☐ Participamos juntos en decisiones reproductivas
- ☐ Adoptamos hábitos saludables en pareja
- ☐ Comunicación abierta sobre paternidad/maternidad



NOTAS ADICIONALES



CHECKLIST PERSONAL

Preparación para la Consulta Preconcepcional

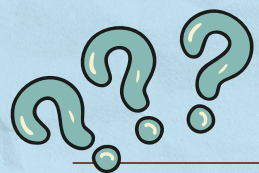
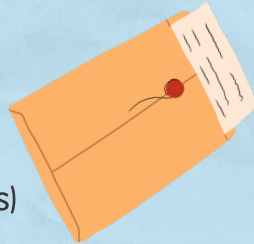


Esta checklist es de:

Material de Promoción y Prevención en Salud Materno-Perinatal
Desarrollado por estudiantes de la Universidad de La Sabana, 2026
Más información en nuestro sitio web
SOLICITA TU CONSULTA CON TU EPS

QUÉ LLEVAR A TU CONSULTA

- ☐ Carné de vacunación
- ☐ Historia clínica previa (si tienes)
- ☐ Resultados de exámenes recientes (últimos 6 meses)
- ☐ Lista completa de medicamentos que tomas actualmente
- ☐ Información sobre tu trabajo y exposiciones laborales
- ☐ Antecedentes familiares de enfermedades hereditarias
- ☐ Documentos de identidad y carné de la EPS
- ☐ Este checklist completado



ANOTA TUS DUDAS



LÍNEA DE TIEMPO

12 MESES ANTES

- ☐ Asistir con tu pareja a consulta preconcepcional
- ☐ Solicitar evaluación de tu salud reproductiva
- ☐ Actualizar esquema de vacunación
- ☐ Realizar exámenes indicados por el médico
- ☐ Dejar de fumar (si aplica)
- ☐ Reducir/eliminar consumo de alcohol
- ☐ Iniciar programa de ejercicio regular

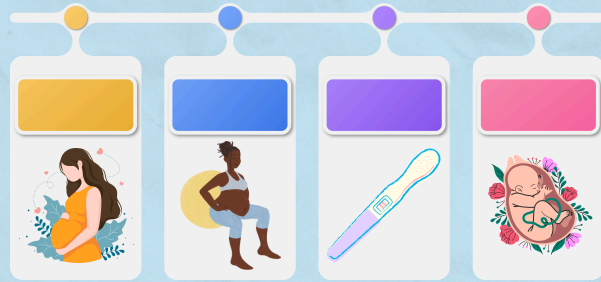


9 MESES ANTES

- ☐ Asistir a cita de seguimiento (si fue indicada)
- ☐ Verificar resultados de exámenes
- ☐ Optimizar control de enfermedades crónicas
- ☐ Alcanzar peso saludable (IMC 18.5-24.9)
- ☐ Mejorar hábitos alimenticios
- ☐ Suspender medicamentos que afecten fertilidad (bajo supervisión)
- ☐ Reducir exposiciones ocupacionales dañinas



LÍNEA DE TIEMPO



6 MESES ANTES

- ☐ Verificar estado de vacunación completo
- ☐ Control de enfermedades crónicas estabilizado
- ☐ Peso en rango saludable
- ☐ Hábitos de vida saludables establecidos
- ☐ Sin consumo de tabaco al menos 3 meses
- ☐ Consumo de alcohol reducido o eliminado



3 MESES ANTES

- ☐ Última evaluación (si fue indicada)
- ☐ Confirmar hábitos saludables consolidados
- ☐ Salud mental estable
- ☐ Compromiso con paternidad responsable
- ☐ Apoyo a tu pareja durante todo el proceso



ASPECTOS A CONTROLAR

PESO Y NUTRICIÓN

- ☐ Peso actual: _____ kg
- ☐ Talla: _____ cm
- ☐ IMC: _____ (meta: 18.5-24.9)
- ☐ Alimentación balanceada establecida
- ☐ Consumo adecuado de frutas y verduras
- ☐ Ingesta suficiente de agua
- ☐ Reducción de comida procesada y grasas saturadas



ENFERMEDADES CRÓNICAS

- ☐ Diabetes: Sí ☐ No ☐ HbA1c actual: _____ (meta: <6.5%)
- ☐ Hipertensión: Sí ☐ No ☐ Presión arterial actual: _____/_____
- ☐ Obesidad: Sí ☐ No ☐ Plan de pérdida de peso: Sí ☐ No ☐
- ☐ Otras: _____

Lista todos los medicamentos que tomas actualmente:

- _____ Dosis: _____
- _____ Dosis: _____
- _____ Dosis: _____
- _____ Dosis: _____

- ☐ Medicamentos revisados con el médico
- ☐ Medicamentos teratógenos identificados y suspendidos
- ☐ Alternativas seguras recetadas (si aplica)



ASPECTOS A CONTROLAR

VACUNACIÓN

- ☐ Tétanos/difteria (Td o Tdap) Aplicada: Sí ☐ No ☐ Fecha: _____
- ☐ Hepatitis B Aplicada: Sí ☐ No ☐ Fecha: _____
- ☐ Influenza Aplicada: Sí ☐ No ☐ Fecha: _____
- ☐ COVID-19 Aplicada: Sí ☐ No ☐ Fecha: _____
- ☐ Otras vacunas indicadas: _____

EXÁMENES REALIZADOS

- ☐ Hemograma completo - Fecha: _____
- ☐ Glucemia - Fecha: _____
- ☐ VIH - Fecha: _____
- ☐ Sífilis (VDRL) - Fecha: _____
- ☐ Hepatitis B y C - Fecha: _____
- ☐ Espermatoograma (si fue indicado) - Fecha: _____
- ☐ Otros: _____



FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS

- ☐ Edad mayor a 40 años
- ☐ Antecedentes familiares de: Enfermedades genéticas ☐
Malformaciones congénitas ☐ Infertilidad ☐
- ☐ Infecciones de transmisión sexual previas
- ☐ Varicocele u otros problemas testiculares
- ☐ Cirugías previas en área genital

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA

- ☐ Tabaquismo: Sí ☐ No ☐
Si fumas, fecha de suspensión: _____
- ☐ Alcohol: Sí ☐ No ☐
Si consumes, fecha de suspensión: _____
- ☐ Sustancias psicoactivas: Sí ☐ No ☐
- ☐ Ejercicio regular (30 min, 5 días/semana): Sí ☐ No ☐
- ☐ Alimentación saludable: Sí ☐ No ☐
- ☐ Manejo del estrés: Adecuado
- ☐ Sueño adecuado (7-8 horas): Sí ☐ No ☐
- ☐ Exposiciones ocupacionales/ambientales controladas: Sí ☐ No ☐



EXPOSICIONES OCUPACIONALES

- ☐ Trabajo con químicos: Sí ☐ No ☐
Tipo: _____
Medidas de protección: Sí ☐ No ☐
- ☐ Exposición a radiación: Sí ☐ No ☐
- ☐ Exposición a altas temperaturas: Sí ☐ No ☐
- ☐ Exposición a pesticidas/plaguicidas: Sí ☐ No ☐
- ☐ Trabajo con metales pesados: Sí ☐ No ☐
- ☐ Otras exposiciones: _____

