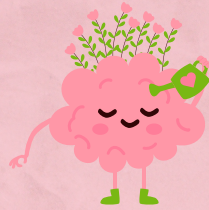


SALUD MENTAL Y EMOCIONAL

- ☐ Estado emocional estable
- ☐ Apoyo de pareja/familia presente
- ☐ Sin signos de depresión o ansiedad severa
- ☐ Acceso a apoyo psicológico (si es necesario)
- ☐ Proyecto de vida incluye maternidad de forma consciente



PLANIFICACIÓN



- ☐ Anticoncepción temporal durante preparación: Sí ☐ No ☐

Método actual: _____

- ☐ Fecha planeada para suspender anticoncepción: _____

- ☐ Pareja informada y comprometida: Sí ☐ No ☐

- ☐ Pareja asistió a consulta preconcepcional: Sí ☐ No ☐



NOTAS ADICIONALES



CHECKLIST PERSONAL

Preparación para la Consulta Preconcepcional



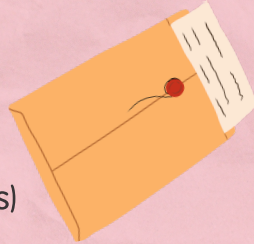
Esta checklist es de:

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
- ☐ Citologías anteriores (si las tienes)
- ☐ Documentos de identidad y carné de la EPS
- ☐ Este checklist completado



???

ANOTA TUS DUDAS

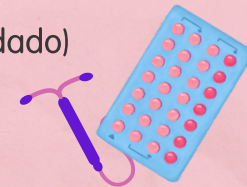


LÍNEA DE TIEMPO



12 MESES ANTES

- ☐ Solicitar cita de consulta preconcepcional
- ☐ Actualizar esquema de vacunación
- ☐ Realizar exámenes de laboratorio indicados
- ☐ Iniciar método anticonceptivo temporal (recomendado)
- ☐ Dejar de fumar (si aplica)
- ☐ Reducir/eliminar consumo de alcohol
- ☐ Iniciar programa de ejercicio regular

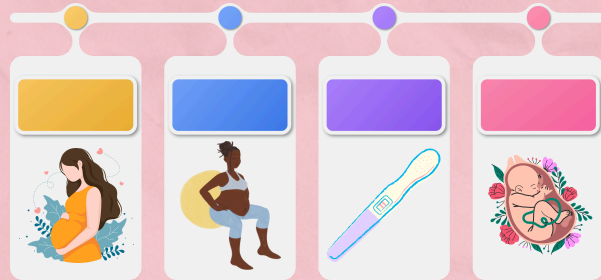


9 MESES ANTES

- ☐ 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 teratógenos (bajo supervisión médica)
- 



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
- ☐ Exposiciones ocupacionales/ambientales controladas
- ☐ Salud dental revisada



3 MESES ANTES

- ☐ Iniciar suplementación con ácido fólico (0.4-5 mg/día)
- ☐ Última evaluación preconcepcional
- ☐ Suspender de anticonceptivos (cuando decidas)
- ☐ Verificar suplementación adecuada
- ☐ Confirmar esquema de vacunación completo
- ☐ Salud mental estable
- ☐ Apoyo familiar/pareja consolidado



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
- ☐ Suplementación con ácido fólico: Sí ☐ No ☐ Dosis: _____ mg/día



ENFERMEDADES CRÓNICAS

- ☐ Diabetes: Sí ☐ No ☐ HbA1c actual: _____ (meta: <6.5%)
- ☐ Hipertensión: Sí ☐ No ☐ Presión arterial actual: _____ / _____
- ☐ Hipotiroidismo/Hipertiroidismo: Sí ☐ No ☐ TSH actual: _____
- ☐ Epilepsia: Sí ☐ No ☐ Medicamento ajustado: Sí ☐ No ☐
- ☐ Otras: _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

ASPECTOS A CONTROLAR

VACUNACIÓN

- ☐ Triple viral - Sí ☐ No ☐ Fecha: _____
- ☐ Varicela - Sí ☐ No ☐ Fecha: _____
- ☐ Tétanos/difteria (Td o Tdap) - Sí ☐ No ☐ Fecha: _____
- ☐ Hepatitis B - Sí ☐ No ☐ Fecha: _____
- ☐ Influenza - Sí ☐ No ☐ Fecha: _____
- ☐ COVID-19 - Sí ☐ No ☐ Fecha: _____

EXÁMENES REALIZADOS

- ☐ Hemograma completo - Fecha: _____
- ☐ Glucemia o HbA1c - Fecha: _____
- ☐ Grupo sanguíneo y Rh - Fecha: _____
- ☐ VIH - Fecha: _____
- ☐ Sífilis (VDRL) - Fecha: _____
- ☐ Hepatitis B - Fecha: _____
- ☐ Toxoplasmosis - Fecha: _____
- ☐ Rubéola - Fecha: _____
- ☐ TSH (función tiroidea) - Fecha: _____
- ☐ Citología cervicouterina - Fecha: _____
- ☐ Otros: _____



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
- ☐ Requiere apoyo ☐
- ☐ Exposiciones ocupacionales/ambientales controladas: Sí ☐ No ☐



MEDICAMENTOS

Lista todos los medicamentos que tomas actualmente:

1. _____ Dosis: _____
2. _____ Dosis: _____
3. _____ Dosis: _____
4. _____ Dosis: _____

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

