

RU486 STATS

Nombre: _____

Edad: _____

Ciudad: _____

Posicion Marital: _____

Referido Por: _____

~~~~~

El uso de la officinal solo

Weeks: \_\_\_\_\_

Prior ABS: \_\_\_\_\_

RH Type: \_\_\_\_\_

Date of AB: \_\_\_\_\_

# A WOMAN'S WORLD MEDICAL CENTER, INC.

Instrucciones al paciente: Mifepristone & Misoprostol Aborto Medico

**Numero de emergencia 1-800-226-1506 24 hrs.**

Primer Dia : No coma ningun alimento, ni tome ninguna bebida asta 1 hora despues de que consuma la pildora Mifepristone (Ru486). Despues de que aiga pasado una hora, usted podra empesar a consumir primeramente algo liviano y despues a segun lo tolere el estomago. Asegurese de tomar muchos liquidos. Bañarse es permitido. Restricciones: **Nada de relaciones sexuales; no usar tampones; ni ducharse.**

**Medicamentos aprovados:** Tylenol (regular o extra strength) estara bien y tambien Ibuprofen (como Advil o Motrin), Aleve, y Midol. Usted tambien podra usar el medicamento que le prescribo su doctor. **NO TOME ASPIRINA NI CONSUMA BEVIDAS ALCOHOLICAS.**

**El Sangrado:** Es provable que usted sangre o no sangre templadamente, sienta calambres, o pase coágulos de sangre 24 horas despues.

## **Instrucciones para tomar el Misoprostol (cytotec) de manera "Bucally" en su casa:**

El \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ usted deve comensar a tomar agua (mucha agua.) A las \_\_\_\_\_ o media hora despues se tomara dos (2) Promethazine para la nausea. Este medicamento la hara sentries con mucho sueño.

A las \_\_\_\_\_ se insartara dos (2) misoprostol entremedio de el cachete y la encilla en un lado de su boca , y otras dos (2) pastillas de misoprostol en el otro lado.

Toma de 25-45 minutos para que se disuelvan. Si quedan boronas, se puede tomar un trago de agua. En este momento se puede tomar una pastilla para el dolor. No vaya tomar agua ni alguna otra cosa por lo menos una hora.

Va a comensar a sentir calambres, a sangrar y a pasar coagulos durante las proximas 4-6 horas. Necesita prepararse para sangra severamente y unicamente use toallas sanitarias para los proximos dos días. Los calambres van a ser severos, talvez los peores que a tenido en toda su vida. Los coagulos de sangre se van a variar de tamaño, algunos grandes otros pequeños. Esto va ser normal. Este medicamento ase que su cuerpo expulse el tejido de el embarazo. El tejido de el embarazo es de color blanco o gris. Los coagulos son cafes o rojos, como el color de el higado.

Sangrara como si tuviera una regla normal talvez por una semana.

Si tiene algun problema o pregunta antes de su chequeo el \_\_\_\_\_ llamenos primero.

REV 07/06

A WOMAN'S WORLD MEDICAL CENTER, INC.  
503 S.12th Street, Ft. Pierce, Florida

Informacion al cliente del Consentimiento Informado:

Aborto Medico en una etapa temprana usando

Mifepristone (Ru486) y Misoprostol (Cytotec)

Antes de tener el aborto, asegurese de tener un buen entendimiento de la informacion que le hemos dado. Este folleto le explica de los beneficios y las problemas posibles en obtener un aborto medico en una temprana etapa usando Mifepristone (Ru486) y Misoprostol (Cytotec). Si al leer esto, le llega alguna pregunta con mucho gusto le atenderemos con la respuesta.

Aye tres opciones para la mujer embarazada. La primera es la paternidad, la segunda es adopcion, y la tersera es el aborto. Las alternativas para el aborto medico incluyen el aborto quirúrgico, o un aborto quirúrgico bajo anestesia general ahora o mas tarde en su embarazo.

La frase "Aborto Medico" es usado cuando un aborto se da acavo usando medicamentos. "Aborto Quirúrgico" es una por la cual instrumentos de cirujia son usados . El primer trimestre (Los primeros tres meses de embarazo) es normalmente realizado por la aspiracion vaginal (el tejido del embarazo es aspirado y sacado del utero). Usted a recibido informacion con detalles sobre el aborto medico, y complicacionces que excisten. **NO DEVERIA COMENSAR UNABORTO MEDICO, UNICAMENTE SI USTED ESTA COMPLETAMENTE SEGURA QUE DESEA TERMINAR SU EMBARAZO, Y ESTA DISPUESTA A TENER EL ABORTO QUIRURGICO DADO EL CASO QUE EL ABORTO MEDICO FALLE.**

El aborto medico en una temprana etapa deve ser realizado durante las primeras ocho semanas de embarazo. Un ultrasonido sera realizado para determinar cuanto tiene de embarazada.

Le daran dos tipos de droga. La primera sera Mifepristone (Ru486), que bloquea una hormona necesaria para continuar el embarazo, asi es que el embarazo dejara de crecer. . Esta droga asido aprovada por la Administracion de comida y droga (FDA) .

Como el **Mifepristone (Ru486)** unicamente detiene el embarazo, no resultara en aborto. Por esa razon le daran una segunda droga, Misoprostol (Cytotec) que causa contracciones (calambres) para que se le venga el embarazo. El Misoprostol (Cytotec) tambien asido aprovado el FDA para el uso del aborto medico.

Usted sera examinada, y le van aser unas pruebas. Le daran una pastilla que sera la primer droga Mifepristone (Ru486), detener el embarazo, y no crezca mas, asi empesara el aborto. 48 horas despues usted tomara la segunda droga, Misoprostol (Cytotec) para empesar las contracciones. Estas son las pildoras que usted pondra entremedio de su cachete y las encillas , 2 pastillas en cada lado de su boca . Todo el proceso del aborto normalmente es completado dentro de 4 dias despues de aver recibido la pastilla Mifepristone (Ru486), o dentro de 5-8 dias despues de usar el Misoprostol (Cytotec), pero es posibleque tome mas tiempo.

Antes de recievirla pildora Mifepristone (Ru486) usted tendra :

\*\*\*\* Una prueba de embarazo (ya sea de una muestra de orina o sangre ) .

\*\*\*\* Un muestra de sanre tomada de el dedo o brazo para ver s tiene anemia (una "cuenta baja de sangre"), tambien para ver si es Rh negativa. Si es asi recibira una inyeccion de globulina immune.

\*\*\*\* Un ultrasonido vaginal (una barita es insertada en la vagina "para mirar dentro del utero" y determina el tamaño del embarazo). El ultrasonido trabaja con las ondas acusticas, no aye radiacion. Es posible que necesite mas de un examen de ultrasonido con A Womans World Medical Center, Inc.

\*\*\*\* Es posible que recieva un examen pelvico.

Usted recievira una pildora de Mifepristone (Ru486) por la boca. Le daran las pastillas de Misoprostol (Cytotec) para llevar a casa, con un instructivo detallado en como y cuando usar las pildoras por via "Bucally".

**Como un 50% de las mujeres tendran el aborto el mismo dia que usan el Misoprostol (Cytotec), y como un 35-40% tendran el aborto dentro de una semana. Un 50% necesitaran tomar una segunda dosis de Misoprostol (Cytotec). Ahora, puesto que esto es solamente un 90% efectivo existe un 10% de las mujeres no abortaran el embarazo. Si esto pasa usted necesitaria el aborto quirúrgico.**

Asta que no regrese por su chequeo, y que confirmemos que su aborto a sido completado,  
**No debe aser lo siguiente:**

No tome vitaminas (contienen acido folico) puede interrumpir el Mifepriston (Ru486).

No tome Aspirina, Excedrin, Motrin puede causar un ingreso en el sangrado.

No tome bebidas alcoholicas, igual puede causar un ingreso en el sangrado.

Despues que tome el Misoprostol (Cytotec) lo siguiente ocurrira :

Sentira calambres. Puede que sean templados, o bien fuertes, igual a cuando le llega la menstruacion, o cuando ya va parir. Es muy provable que empiesen durante la primera media hora a diez horas, y puede durar asta que pase el tejido del embarazo. Los calambres pueden ser muy fuertes y pueden durar varias horas, pero normalmente no pasan de las 48 horas. Le daremos medicamentos para el dolor.

Usted sangrara, puede ser pesado y talves pase coágulos de sangre (algunos grandes) por varias horas. Talves mire el tejido de el embarazo (normalmente pequeño y blanco o gris en color) es posible que no lo vea, ya que talves este dentro de un coágulo de sangre. Es muy importante que regrese por su chequeo para asegurarse que el aborto se completo. La primera visita puede tomar efecto en cuanto piense que ya paso el tejido, para determinar que el aborto ya se completo, o si quiere chequear su progresso. En las cita (s) de chequeo:

Le hacen otro ultrasonido. Si el aborto no asido completo, dependiendo en los resultados del ultrasonido, usted tendra que esperar las seis semanas despues de tomo el Mifepristone (Ru486) para ver si pasa el tejido.

## A WOMAN'S WORLD MEDICAL CENTER, INC.

### La Seleccion de Régimen del Aborto Medico

Encuanto usted decida tener el aborto medico, usando Mifepristone (Ru486) y Misoprostol (Cytotec), aye varias opciones para el régimen que va seguir. El gobierno requiere que le demos dos documentos por lo cual muestre el régimen original aprobado por el FDA. Tambien ofresemos un régimen alternativo, varios estudios hicieron ver que de esta manera el aborto medico es mas efectivo, particularmente en embarazos mas avansados (despues de 7 semanas).

El **régimen aprobado por el FDA** es como un 95% efectivo en terminando un embarazo 49 dias despues de su ultima

regla. Es muy seguro. Lo siguiente son los detalles :

**1 Dia** : 200mg de Mifepristone (Ru486) tomado por via oral (por la boca) en la clinica.

**3 Dia** : 400mcg de Misoprostol (Cytotec) tomado por via oral (por la boca) en la clinica. Requerimos que usted se quede en la clinica asta 4 horas por observacion, ya es posible que se le venga el embarazo y el alinamento del utero.

**10-14 Dias** : La cita del chequeo con examen y ultra sonido para confirmar que el aborto asido completo .

**LA Alternativa Basada en Evidencia** el régimen es un 97-98% efectivo en terminando un embarazo asta 56 dias de su ultima regla. Igual es muy seguro. Lo siguiente son los detalles :

**1 Dia** : 200mg de Mifepristone (Ru486) tomado por via oral (por la boca) en la clinica. La corriente de sangre solamente absorbe una cierta cantidad de este medicamento lo que sobre es limpiado fuera del cuerpo.

**3 Dia (+48 horas)** : 800mcg de Misoprostol (Cytotec) tomado por via vagina (insartado en su vagina) ya sea en su casa o en la clinica. Si decide aserlo en la clinica, igual tendra que esperar 4 horas por observacion. Conocemos que el Misoprostol (Cytotec) proporciona una tasa mas graduaa de medicina a su cuerpo y es sostenido por periodos de tiempo mas largos, de manera que talves es mas efectiva a cambio de tomandose las pildoras por via oral. Tambien conocemos que avido menos mujeres que an tenido problemas con la nausea y el vomito si se toman las el segundo medicamento por via vagina.

**10-14 Dias** : La cita del chequeo con examen y ultrasonido para confirmar que el aborto asido completo.

Actualmente desde 4/1/06 Misoprostol (Cytotec) No es insartado a la vagina . Le estamos diciendo a las pacientes que usen el Misoprostol "Bucally" que quiere decir entremedio del cachete y la encilla 2 tabletas en cada lado de su boca. Tambien le proporcionamos Phenergan (medicamentos para la nausea) para que lleve a su casa.

En cualquier caso, si el aborto no es completo, en el chequeo usted podra tomar otra docis de el segundo medicamento, o podra esperar para ver si su cuerpo termina el aborto. Usted podra pedir tener el aborto quirúrgico en cualquier momento por cualquier razon.

REV 07/06

## A WOMAN'S WORLD MEDICAL CENTER, INC.

### Riesgos, Beneficios y alternativas del aborto medico.

**Alternativas-** Mujeres embarazadas pueden decidir continuar o terminar ese embarazo. Y si desiden continuar el embarazo aun pueden decidir sobre la paternidad o poner el bebe en adopcion. Cualquier opcion va tener sus beneficios y riesgos. Si usted tiene menos de 8 semanas de embarazada, tiene una opcion adicional, la de el aborto medio o quirúrgico. Deve considerar estas opciones cuidadosmente, para que asi pueda elejir la mejor opcion para usted.

**Beneficios-** El aborto, la adopcion, y la paternidad contienen beneficios, dependiendo en la persona, el tamaño del embarazo, y la situacion. Los beneficios de continuando un embarazo asta el term. o teniendo un aborto son diferentes para cada persona. El aborto medico puede tener otros beneficios como la habilidad de tomar el segundo medicamento (Misoprostol) fuera de la clinica, y en la privacidad y comodidad de su propio hogar durante el proceso del aborto.

**Riesgos-** El aborto medico usando Mifepristone y Misoprostol es un procedimiento medico muy simple. Como

cualquier procedimiento, es posible que ocurran complicaciones durante o después del procedimiento y requiera tratamiento. Es importante que conozca estos riesgos y incluya esta información como parte de su decisión. Riesgos posibles incluyen pero no limitan lo siguiente. Siempre hay un riesgo de un efecto secundario previamente no conocido incluyendo la muerte. De todas formas, mucha (miles) de mujeres han tenido un aborto médico similar en este país, y el proceso del aborto médico ha sido estudiado, y reportado por más de 15 años alrededor del mundo.

**Por favor inicie el lugar basio después de leer la información correspondiendo.**

\_\_\_\_\_ MIFEPRISTONE puede causar náusea, vómito, diarrea, y fastidismo. Estos efectos no son graves, usualmente duran menos de tres días, y la náusea y diarrea puede ser tratada con medicamentos.

\_\_\_\_\_ MISOPROSTOL también puede causar náusea, vómito y diarrea, y es esperado que den calambres del útero (dolores abdominales) por menos de tres días, iguales o peores de los dolores que le dan cuando le llega su menstruación. Los calambres pueden ser tratados con medicamentos que usted compra en la farmacia o que le recete su doctor. **NO TOMAR ASPIRINA** ya que puede adelgazarse la sangre, y causar un ingreso del sangrado.

\_\_\_\_\_ ABORTO INCOMPLETO : Es posible que parte del tejido del embarazo aun quede dentro del útero. Eso ocurre como dentro de un 2-5% de las pacientes y es tratado quirúrgicamente completando el aborto. El aborto incompleto puede traer un sangrado severo (hemorragia que requiera transfusión) infección, y dolores abdominales severos. Es muy importante que regrese por su chequeo y ultrasonido. Este chequeo es incluido en la tarifa.

\_\_\_\_\_ EMBARAZO DE CONTINUACION : En casos raros ( como 1% de las veces) una mujer aun puede estar embarazada después de un aborto. Causas posibles incluyen : un gemelo o un embarazo múltiple, un embarazo temprano, un embarazo ectópico, o una anomalía del útero. El embarazo ectópico es una emergencia médica que requiere exámenes de inmediato, tratamiento, y posible hospitalización, y cirugía. Estos problemas pueden ser detectados en la hora del chequeo, si el embarazo esta creciendo, usted necesitaría hacerse el aborto quirúrgico. Esto será realizado, sin costo adicional si es echo en A WOMANS WORLD MEDICAL CENTER

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha \_

REV 07/06

\_\_\_\_\_ INFECCION : En unos casos el útero, u órganos del pelvis podrán ser infectados después de un aborto. Estas infecciones pueden ser tratadas por medicamentos, y no causando daños graves. si la mujer busca atención médica en la etapa temprana de la infección. En algunos casos la infección puede causar daños permanentes, como la pérdida de habilidad de poder tener hijos. Llámeme de inmediato si piensa que tiene algún síntoma de infección : un flujo oloroso saliendo de la vagina, una temperatura más de 100.4\* F por más de 2 horas, o dolor abdominal severo.

\_\_\_\_\_ SANGRANDO O HEMORRAGIA : Sangrado pesado puede ocurrir durante o después de el aborto. El tratamiento depende de la causa del sangrado y puede incluir pero no se limita a observación, medicamentos, y hospitalización, transfusión, o cirugía. El riesgo de la hemorragia (definido como una transfusión de sangre) es menos de la mitad de 1% (2-4 por 1000 mujeres, dependiendo en gestación). Es importante que usted nos llame si llena más de dos toallas sanitarias en una hora por más de dos horas, o si su sangrado dura más de 4 semanas.

\_\_\_\_\_ EMBOLISMO DEL FLUJO AMNIOTICO O CONDICION ANAPHYLACTIC DE EMBARAZO : Esto es extremadamente rara, complicaciones relacionadas con el embarazo pueden ocurrir durante parto, un aborto, y un aborto natural. Esto sucede cuando una infección del feto crea una reacción alérgica en el corazón de la mujer, causando que pare su corazón, resultando en coma o la muerte. No puede ser previsto ni prevenible.

\_\_\_\_\_ SYNDROMA DE POST-ABORTION : Esto es una condición física ocurriendo cuando el útero se llena de coágulos que no son pasados por el cervix y crea calambres dolorosas. Masaje, Medicamento, O cirugía de evacuación del útero contienen tratamientos posibles.

\_\_\_\_\_ RIESGO DE MORTALIDAD - Aunque si existe el riesgo de la muerte en realizandose un aborto, tambien existe ese riesgo en el parto. El riesgo de la muerte en el parto es mucho mas grande que en un aborto en el primer trimestre (asta las 14 semanas ). En los Estados Unidos, aye 1 muerte por cada 100,000 del aborto realizado en el primer trimestre.

\_\_\_\_\_ CANCER DE PECHO : No asido provado. Aunque algunos estudios dictan que aye un acomplimiento entre el aborto y el cancer de pecho, en World Health Organization, American Canser Society, y el National Cancer Institute concluyen que no aye evidencias que proven que el aborto causa cancer de pecho.

### **RECONOCIMIENTO DE ENTENDIMIENTO**

*Yo e leído y entendido todos los riesgos, beneficios, y alternativas en el aborto. Hemos discutido, y e echo preguntas a los empleados / doctor de A Womans World Medical Center, antes de el prcedimiento que yo crei Necesarias. Entiendo que talves necesite trateamientos o exámenes adicionales como resultados de mi embarazo termino o el bien estar de mi condición física, y acepto la responsabilidad de cobros adicionales que estos exámenes requieran.*

**Firma del paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del testigo** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

REV 07/06

### **El consentimiento del paciente de Tratamientos, Anestesia, y otros Servicios Medicos.**

Porfavor inicie el basio despues de leer la informacion correspondida.

\_\_\_\_\_ Yo, \_\_\_\_\_, tomo responsabilidad completa por esta decicion y acepto el tener procedimientos medicos o quirúrgicos para obtener mi embarazo termino. Yo acepto ser tratada por el medico ( Dr. \_\_\_\_\_ ) en A Womans World Medical Center.

\_\_\_\_\_ Acepto tener un analisis de sangre tomado para chequear la hemoglobins y el tipo de RH. Me an explicado que si tengo sangre tipo negativa, requieren que reciva una inyeccion de Rhogam o micogram ( Rho D Globina Immune ) imediatamente despues del aborto. Yo entiendo que esto va audar prevenir problemas severos con el embarazo en el futuro pretendiendo a mi tipo de sangre. Yo entiendo que muestras adicionales o exámenes pueden ser necesitados si mi salud fisica, o la ley lo requiere.

\_\_\_\_\_ Yo acepto que el doctor o el asistente del doctor me de anestesia, pastillas para el dolor o otros medicamentos que ellos sientan necesarios para mi seguridad.

Yo soy alergica a : \_\_\_\_\_ ( ninguna, local, systemic, o anestesia general, o otros).

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que el tejido del embarazo sacado durante mi aborto, pueden ser mandados a un laboratorio para exámenes de pathologia. El tejido sera dispuesto por la clinica o el laboratorio siguiendo pautas legales y sanitarias.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que si un problema mayor ocurre durante o despues de mi terminacion talves sea hospitalizada y requiera cirujia adicional . Yo acepto a tener cualquier tratamiento que el doctor piense sean necesarios para mi bien estar.

\_\_\_\_\_ Le doy permiso a AWOMANS WORLD MEDICAL CENTER solisitar cualquier expediente medico, de

cualquier abastecedor de salud que me trata por alguna complicacion.

\_\_\_\_\_ Yo e leído (o me an leído) las ojas de informacion del paciente, y me an dado la oportunidad de aser cual quier pregunta. Yo entiendo como va ser el procedimiento del aborto.

**RECONOSIMIENTO DE POSIBLES RIESGOS EMOCIONALES**

Yo entiendo que estudios an provado que la mayoría de laas mujeres sienten alivio y no tienen arrepentimiento despues de un aborto. Aunque, algunas mujeres PUEDEN y si sienten arrepentimiento, tristesa, y deprecion despues del aborto, igual pueden tener estos sentimientos despues de parir. Yo entiendo que estos sentimientos se varian de moderados a serveros, y si yo necesito asesoramiento adicional siguiendo el aborto, yo tomo la resposabilidad de buscar atencion emocional. AWomans World Medical Center, inc. me a dado la oportunidad para conversar y preguntar sobre mis sentimientos emocionales de el aborto.

Yo e leído y entiendo el consentimiento a tratamiento y yo entiendo los riesgos posibles .

-----

-----  
Firma de paciente

Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

# HISTORIA MEDICA

Tipo de sangre \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Nota: Si usted es menor de edad, sus padres estan enterados de su visita hoy? Si o No. En el caso que nesesitemos contactarnos con usted, aye alguna otra cosa que nesesitamos saver para protejer su confidencialidad? \_\_\_\_\_

Esta interesada en el control de la natalidad? Si o No. Que tipo \_\_\_\_\_  
Esta actualmente tomando algun tipo de anticonceptivo? Si o No. Tipo \_\_\_\_\_ Cuanto \_\_\_\_\_  
Cual fue el primer dia de su ultima regla? \_\_\_\_\_  
Cuando le llega su regla normal mente le dan calambres? Templado \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Severo \_\_\_\_\_  
Normalmente, le salen coagulos de sangre con su periodo? \_\_\_\_\_  
Tiene algun tipo de alergia al tomar medicinas? \_\_\_\_\_  
Que medicamento esta tomando actualmente? \_\_\_\_\_  
Fuma? Si o No. Cuantos años \_\_\_\_\_ Cuantas cajetillas al dia \_\_\_\_\_  
Fecha de su ultimo papanicolao \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

## Historia Medica de Familia:

Algun familiar padese de lo siguiuente:

|                               |         |                             |
|-------------------------------|---------|-----------------------------|
| Enfermedad de corazon         | si o no | Miembro de la familia _____ |
| Presion alta de la sangre     | si o no | Miembro de la familia _____ |
| Venas de varicosa             | si o no | Miembro de la familia _____ |
| Cancer                        | si o no | Miembro de la familia _____ |
| Diabetis                      | si o no | Miembro de la familia _____ |
| Tumores del seno              | si o no | Miembro de la familia _____ |
| Anemia de la celula de la hoz | si o no | Miembro de la familia _____ |

## Historia de Embarazo de la Paciente

Se a echo una prueba de embarazo? Si o No \_\_\_\_\_ Donde \_\_\_\_\_  
Numero de embarazos incluyendo este? \_\_\_\_\_

Niños \_\_\_\_\_ Bebes nacidos muetros \_\_\_\_\_ Abortos(no incluyendo este) \_\_\_\_\_

Fecha de su ultimo embarazo \_\_\_\_\_

## Su Historia Medica:

Padese usted de alguna cosa de lo siguiuente:

|                                               |               |
|-----------------------------------------------|---------------|
| Anemia                                        | si o no _____ |
| Asma                                          | si o no _____ |
| Cancer                                        | si o no _____ |
| Dolores del pecho                             | si o no _____ |
| Diabetes                                      | si o no _____ |
| Epilepsia/convulsiones                        | si o no _____ |
| Enfermedad de corazon/Murmullo de corazon     | si o no _____ |
| Hemophiliac                                   | si o no _____ |
| Hepatitis                                     | si o no _____ |
| Presion alta de sangre                        | si o no _____ |
| Hipoglicemia                                  | si o no _____ |
| Enfermidad del rinon/Rinon apedrea            | si o no _____ |
| Enfermedad del higado                         | si o no _____ |
| Pelvico inflama la enfermedad                 | si o no _____ |
| Tratamiento psiquiatrico/Desordenes nerviosos | si o no _____ |
| Fiebre de reumatico                           | si o no _____ |
| Brevedad de aliento                           | si o no _____ |
| Enfermedad de la tiroides                     | si o no _____ |
| Tuberculosis                                  | si o no _____ |
| Infeccion urinaria del trecho                 | si o no _____ |
| Venas de varicosa                             | si o no _____ |
| VIH                                           | si o no _____ |
| Enfermedad de venereo                         | si o no _____ |

A usado, o actualmente esta usando drogas? Si o No Si es asi diganos de que tipo? \_\_\_\_\_

Usted usado pastilles para el dolor por mas de una semana ? Si o No Si es asi diganos pr que, y por cuanto tiempo. \_\_\_\_\_

Tiene alguna problema medica actualmente: \_\_\_\_\_

Diganos que tipo de servisio desea hoy? \_\_\_\_\_

Como se entero de A Woman's World? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## A WOMAN'S WORLD MEDICAL CENTER, INC.

Bajo la Ley de la Florida, los medicos son requeridos generalmente llevar el seguro medico de negligencia o de otro modo demuestra responsabilidad financiera cubrir los reclamos potenciales para la negligencia medica. Sin embargo, ciertos medicos por horas que reunen los requisitos del estado son exentos de la ley financiera de responsabilidad. SU DOCTOR REUNE ESTOS REQUISITOS Y HA DECIDIDO NO LLEVAR EL SEGURO MEDICO DE NEGLIGENCIA. Esta nota es proporcionado conforme a Ley de Florida.

Firma Paciente/Patient Signature \_\_\_\_\_

### INFORMACION Y LOS HECHOS CONCERNIENDO "TERMINACION DEL EMBARAZO"

**\*NOTA: DESPUES QUE CADA PARRAFO ESCRIBA POR FAVOR SUS INICIALES.**

**QUE ES-** Un procedimiento quirurgico terminar un embarazo dentro de dieciseis (14) semanas del primer dia de su ultimo periodo normal.

#### **COMO ES HECHO EN ESTA FACILIDAD Y A TRAVES DEL PAIS.**

1. Usted sera examinada por DR. \_\_\_\_\_ que es un OB/GYN. El determinara la longitud de su embarazo por un examen de pelvico, y/o por ultrasonido. \_\_\_\_\_
2. Un speculum es metido en el vagina para el cerviz sea visible por el doctor. Un anestecico local en inyectado en y alrededor del cerviz entumescar esta area. (cerviz es la apertura al utero) En algunos pacientes de casos son dado sedacion hecerlos menos nervisio durante el procedimiento. \_\_\_\_\_
3. El abrir cerviz es abierto gradualmente es una serie de barras estrechas llamo dilators, cada uno poco mas grueso que el anterior. Usted puede o no puede sentir los calambres durante este proceso. El dilator mas grande puede ser tan grueso como una pluma de fuente. \_\_\_\_\_
4. Cuando el cerviz es abierto admitirlo bastante, un instrumento volcado embotado llamo un cannula (para como en la apariencia) el metido en la apertura. El cannula es conectado a la maquina de la aspiracion del vacio, que entonces esprendido vaciar el utero. \_\_\_\_\_
5. Despues que el utero ha sido vaciado por la succion apacible, un instrumento formado como una cuchara pequena llamo curette es usado determinar si el utero es vacio. \_\_\_\_\_

**\*NOTA: ESTE PROCEDIMIENTO TOMA EN LA MAYORIA DE LOS CASOS 3 A 5 MINUTOS.**

**PROBLEMAS POSIBLES Y COMPLICACIONES-** Como con cualquier clase de cirugia, complicaciones pueden ocurrir con el aborto temprano. El aborto temprano por la aspiracion del vacio es, sin embargo muy seguro. Menos que 1 mujer en 100 tendra complicaciones graves, incluyendo, pero no limitado a:

**INFECCION** - La infeccion es causada por microbios de la vagina y cerviz entrando en el utero. El riesgo de la infeccion asociada con el aborto temprano es menos de 1 en 100 casos. Tales infecciones responden generalmente a la medicina pero, en algunos casos, uno tiene que repetir la aspiracion del vacio o hospitalizacion es necesario. \_\_\_\_\_

**HEMORRAGIA** - Sangriento del utero pesado requiere bastante tratamiento ocurre raramente. Sangriento pesado requiere una transfusion ocurre menos de 1 en 1,000 casos. Medicacion puede ser requerido ayudar el contrato de utero, (vuelve al tamaño normal) Un repite la aspiracion del vacio o dilatacion y curetaje o raramente cirugia puede ser necesario. \_\_\_\_\_

**ROTURA CERVICAL** - El cerviz es roto a veces durante el procedimiento. La frecuencia de este acontecimiento es menos de 1 en 100 casos. Las puntandas pueden ser requerido reparar el cerviz.\_\_\_\_\_

**ABORTO INCOMPLETO** - Ocasionalmente, el contenido del utero no puede ser vaciado completamente. La frecuencia de este acontecimiento es menos de 1 en 100 casos. Esto puede dirigir a la infeccion, a la hemorragia, o a ambos. Para quitar el tejido, puede ser necesario repetir la aspiracion del vacio o realizar un dilatacion y curetaje en el dispensario o en el hospital. En casos raros, la cirugia puede ser requerido.\_\_\_\_\_

**PEFORACION** - Raramente, un instrumento puede atravesar la pared del utero. La frecuencia de este acontecimiento esta acerca de 2 por 1,000 casos. Deba esto acontece, hospitalizacion es requerido para la observacion y/o la terminacion del procedimiento. Perforacion requiere raramente cirugia reparar el utero. Esto puede incluir histerectomia (la eliminacion del utero), que lo hace imposible tener a ninos. La frecuencia de histerectomia en este poner esta acerca de 1 en 10,000 casos. Esto ocurre raramente.\_\_\_\_\_

**FRACASO TERMINAR EL EMBARAZO** - Raramente, la terminacion temprana falla terminar un embarazo. La probabilidad de este acontecimiento esta acerca de 2 por 1,000 casos. En tales casos otra succion es requerida.\_\_\_\_\_

**MUERTE** - El aborto temprano es uno do los procedimientos mas seguros en la medicina hoy. La informacion del centro para el control de la enfermedad indica que el riesgo de la muerte del aborto temprano esta acerca de 1 en 100,000 casos. El riesgo de la muerte asociada con tonsilectomia esta acerca de 3 en 100,000 casos. El riesgo de la muerte del va de excursion es por lo menos 7 veces mas que terminacion.\_\_\_\_\_

**REACCION DE ANESTESIA** - En algunos casos, sedaccion local puede causar las reacciones o golpe severos. Twilight sedaccion quizas rindan el paciente inconsciente en unos pocos pacientes. Sin embargo, en un numero pequeno de casos, complicaciones severo que puede tener como resultado la herida, la incapacidad y muy raramente la muerte.\_\_\_\_\_

**IMPACTO DEL ABORTO EN EMBARAZOS FUTUROS** - En este punto, no hay la evidencia clara que aborto temprano lleva cualquier riesgo a embarazos futuros. Las mujeres tienen un riesgo levemente aumentado del nacimiento o el aborto prematuros despues del tercer aborto temprano con embarazos futuros. Algunos estudios han mostrado esto mientras los otros no.\_\_\_\_\_

**EL CONSENTIMIENTO INFORMADO TERMINAR MI EMBARAZO. DE ANETESIA. REALIZA OTRAS SERVICIOS MEDICOS Y AUTORIZA LA LIBERACION DE REGISTROS MEDICOS SI NECESARIOS.**

Yo \_\_\_\_\_, edad \_\_\_\_\_, por la presente de mi consentimiento a, y al pedido y autorizo DR. \_\_\_\_\_ y los ayudantes que el/ella escoja para relizar aborto en mi. Yo entiendo que el proposito de un aborto debera finalizar mi embarazo.

Yo entiendo que la practica de la medicina no es un ciencia exacta y las NO GUARANTIAS O LAS CERTE ZAS HAN SIDO HECHO A MI concerniendo los resultados de este procedimiento. Yo

entiendo que el medico, el personal medico y otros ayudantes fiaran de las declaraciones que yo he hecho, la historia medica yo he dado y otra informacion a determinar si realice el procedimiento o el curso del tratamiento para mi y yo justifico que you he hecho un repleto, completa y la revelacion de sincero.

**PROCEDIMIENTOS ADICIONALES** - Si durante el curso del procedimiento del aborto, cualquiera condiciona o las complicaciones surgen, y el doctor en su juicio medico profesional decide que los procedimientos diferentes o adicionalmente incluyendo, pero no limitado al anestesia o la transfusion de sangre o a la asociacion de otro doctor, o de hospitalizacion en un hospital puede ser necesario, yo doy mi permiso para mi madre (o guardian legal donde aplicable) u otra persona que yo denomino expone en la proxima pagina ser notificado por el miembro de doctor o personal. El numero correcto de la identidad y el telefono de me contacto de la emergencia esta activado la proxima pagina.

**LABORATORIO** - Yo consiento a estudios diagnosticos, las pruebas, ultrasonidos, exámenes de radiografía y cualquier otro tratamiento o cursos de relacionar de tratamiento al diagnostico de mi condicion o procedimiento exponen en esto. Yo entiendo que el proposito de un ultrasonido aqui debera determinar el tamaño de mi embarazo solo y no excluir y determina las anomalías o las deformidades. Yo consiento tambien a la disposicion de cualquier tejido u otros partes del contenido de mi utero que puede ser quitado durante el aborto en al discrecion del medico o el dispensario.

**EMERGENCIA** - Si yo desarrollo una fiebre, obstaculizar pesado, sangriento y severo, el dolor, o cualquier otro sintoma, yo concuerdo notificar el dispensario inmediatamente. Yo he sido dado un numero de telefono de emergencia que yo puedo llamar 24 horas un dia para la ayuda. Mi fracaso avisar las liberaciones el doctor o el dispensario de cualquier responsabilidad a mi.

**CONTINUACION** - Yo he sido avisado volver al dispensario para un examen de continuacion dentro de 3 semanas despues de hoy. Yo entiendo que este examen es necesitado estar seguro que ningunas complicaciones u otros problemas han aparecido, que yo no estoy todavia embarazada, y el proceso curativo ha pasado apropiadamente. Yo concuerdo seguirme las instrucciones proporcionadas a mi y toma mi medicina como dirigido. Yo concuerdo ademas obtener el cuidado de continuacion cualquier aqui o en algun lugar mas. Mi fracaso seguir las instrucciones u obtiene el cuidado alivia al doctor y el dispensario de cualquier responsabilidad a mi.

**YO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL ABORTO LIBREMENTE Y SIN LA COERCION.**  
Firmando esta forma, yo reconozco que yo he leído o tuve esta forma explicado a mi, que yo entiendo completamente su contenido, y que yo he sido dado la oportunidad amplia hacer preguntas y que cualquier pregunta ha sido contestado satisfactoriamente. Todos espacios o declaraciones que requiring completacion fueron llenados y todas declaraciones que yo no apruebo fueron golpeados antes de yo firmar esta forma. Yo he recibido tambien information additional inclusive pero no limitado a las materias listados abajo relacionar al procedimiento descrito en esto. Yo entiendo que yo puede solicitar y recibo un muestra ejemplar de este consentimiento si yo escojo hacerlo asi.

**MATERIAS ADICIONALES USARON O AMUEBLADO AL PACIENTE.**

Las instrucciones de vigilancia postoperatoria con 24 horas numero de la emergencia de hora, tarjeta de cita con tiempo de continuacion y fecha. La information de la medicina y/o pildoras de control de la natalidad o prescripcion/Depo-Provera/Nuvaring prescripcion/Ortho Evra Patch prescripcion. La hoja de la information en como continuar pildoras con el cuidado de continuacion.

**EN CASO DE LA EMERGENCIA, POR FAVOR CONTACTO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
Esta persona sabe por que usted esta aqui? Si o No Relacion \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente/Patient Signature      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del consejero/Counselor Signature

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/Amigo de menor      Fecha  
Parents Signature/Friends of Minor

\_\_\_\_\_  
El Testigo/Witness

A WOMAN'S WORLD MEDICAL CENTER, INC.  
503 SOUTH 12<sup>TH</sup> STREET, FORT PIERCE, FL 34950

**Hoja Operativa de Contacto**

**En el caso que tengamos que contactarla despues de su aborto nesecitamos que usted llene esta hoja operativa de contacto lo mas asierto posible. La contactaremos uniqamente si es absolutamente nesecario. Le dejaremos un mensaje solo como usted lo indique. Nosotros tomaremos toda precousion en mantener su confidencialidad y privacidad aserca de su visita con nosotros. Porfavor entienda que es para su proteccion que ocupemos un numero de telefono y domicilio completo.**

Gracias por su coperasion

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

DOMICILIO \_\_\_\_\_

— (CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

TELEFONO(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CUAL SERA LA MEJOR HORA PARA LLAMAR \_\_\_\_\_

Podemos llamar la al trabajo? Si o No Telefono \_\_\_\_\_  
Si es asi Podemaos dejar mensaje? Si o No Con quien \_\_\_\_\_  
Podemos desir que somos AWW? Si o No  
Podemos dejar mensaje en su casa? Si o No Con quien \_\_\_\_\_  
Podemos desir que es la oficina de su doctor? Si o No  
Podemos enviarle correo? Si o No

Si no, podria darnos un domicilio a donde podamos mandarle informacion:

\_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Codigo Postal  
Podemos dejar un mensaje con una amiga/o? Si o No  
Nombre de Amiga/o? \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_  
Tiene algun alias? Si es asi cual es \_\_\_\_\_

Yo aseguro que lo que acavo de llenar es correcto. Yo doy mi permiso para que esta information sea usada en la forma operativa-poste contaco de mi. Yo entienedo que la information que di va ser mantenida en la confianza mas estricta posible.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

A WOMAN'S WORLD MEDICAL CENTER, INC.  
503 SOUTH 12<sup>TH</sup> STREET  
FORT PIERCE, FL 34950

**Toda la informacion en esta forma va ser mantenida en la confianza mas estricta possible. Recuerde que estas preguntas son para que nosotros le podamos atender mejor. Darle de los mejores servicios y que podamos entender su situacion y necesidades individuales.**

Nombre \_\_\_\_\_

Como se siente usted hoy aserca de terminar su embarazo?

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

Teme alguna cosa aserca de la terminacion ? \_\_\_\_\_

Tiene alguna duda aserca de su decision al terminar su embarazo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que relacion tiene con el hombre que la embarazo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

~~~~~  
~~~~~

**NOTA DEL CONSEJERO**

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

\_\_\_\_\_  
COUNSELOR SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
TODAY'S DATE