

**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.  
503 SOUTH 12<sup>TH</sup> STREET  
FORT PIERCE, FL 34950

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Despues de mi termination en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ me estara  
Fecha Nombre de Amigo

Llevando a casa.

Yo tengo que asistir a una cita dos semanas despues de mi aborto. El costo de esta cita seran \$50.00. Esta cita es para asegurar mi salud despues de mi embarazo termino. Si yo no regreso para mi cita no mantendre al doctor ni A Woman's World Medical Center responsable si aye alguna problema medica. Las visitas en el futuro, seran cobradas aparte.

En el caso que la terminacion no es realizada abra una cuota de \$175.00, para cubrir la visita de la officina, asesoramiento, trabajo de laboratorio, examen del pelvis, y ultrasonido. Si la cirujia es aplazado, este pago sera acreditado acia la terminasion.

En el caso que usted cancele la cita, abra una cuota de \$100.00 que cubre el costo de la officina. Si solamente nesecita cambiar la fecha abra una carga de \$100.00, y cuando regrese para su cirujia abra que pagar el equilibrio de la terminacion.

Es possible que usted reciba un bill en el correo de Quest Diagnostics. Esto sera para cubrir tarifas que el doctor sienta que sean necesarias, (Despues de la terminasion, el doctor determinara si es nesecario mandar el tejido a un laboratorio para inspeccionarlo, y confirmar el embarazo termino.) Si estos es necesario, usted sera notificado con anticipacion.

Yo se que el doctor ni A Woman's World Medical Center seran responsables por ningun articulo personal como dinero, joyas o cual quier otro objeto de valor personal que yo aiga traído conmigo el la officina el dia de mi terminasion.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

# 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 hysterectomia (la eliminacion del utero), que lo hace imposible tener a ninos. La frecuencia de hysterectomia 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 el 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 reiografia 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 tamano de me embarazo solo y no excluir y determina las anormalidades 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 you 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 consetimiento 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 hor, tarjeta de cita con tiempo de continuacion y fecha. La information de la medicina y/o pildoras de control de la natal dad 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

**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

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  
772-460-1506

### **Cuidado Operativo Poste del Aborto**

Ahora que usted a tenido su aborto, aye pocas cosas que devemos desirle.

1. Porfavor use toallas sanitarias. Los tampones pueden cousarle una infeccion.
2. Despues de que usted aya comido hoy empieze sus antibioticos.
3. Es necesario que tome muchos luquidos y que guarde mucho reposo en los dias que aye de porvenir.
4. Estese tomando su temperatura del cuerpo, puede que llegue a 100.4, pero si es mas que eso, llamenos en seguida.
5. Usted va sangrar despues de su aborto. La sangre se va variar. Talves no sangre mucho en los primeros dias, pero despues va empesar a sangrar, y le van a dar calambres. Loque usted sangre, sea mucho o sea poquito, es normal. Pero si llena mas de 2 toallas sanitarias en una hora nesecita llamarnos. Tambien nesecita saver que es probable que no empiece su mensturacion normal por 3 mezes.
6. Talves pueda pasar coagulos de sangre. Si un coagulo es mas grande que una moneda de \$.50 necesita de llamarnos.

**NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO**

En las dos semanas que aye de porvenir.....es nesecario que no aga lo siguiente.

- \*No levantar objetos pesados, como niños, o cualquier cosa mas de 10 lbs.
- \*No llene su tina al banarse, unicamente use la regadera.
- \*No use tampones, solamente toallas sanitarias.
- \*Nada de sexo!!!!
- \*No aga ejercicios pesados, o activities pesadas.

Porfavor es importante que siga estas reglas. Asiando lo asi no le traira ningun problema. En el evento que suseda algo nesecita de llamarnos a nosotros primero. Nosotros somos los expertos gracias.....Empleados/Doctor.

A Woman's World Medical Center, INC.  
503 S. 12<sup>th</sup> St. Fort Pierce, Florida 34950  
772-460-1506

**INFORMACION DE TRANSPORTACION**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que si elijo tomar algun  
(NOMBRE DEL PACIENTE)  
sedante antes de la cirujia necesito que alguien me lleve a casa. La persona  
que me va llevar a casa sera \_\_\_\_\_, y doy  
(NOMBRE DE LA PERSONA )  
permiso que llamen a esta persona 30 minutos antes de que yo este lista  
para ir a casa, el numero de telefono es \_\_\_\_\_.  
(AREA Y NUMERO DE TELEFONO)

Tambien entiendo que si despues de 3 attemptos de llamar, y no aye  
contestacion ni an regresado la llamada, A WOMANS WORLD MEDICAL  
CENTER esta en todo el derecho de llamar un taxi, y yo acepto pagar  
todos los costos.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Que hacer en el dia de la cirujia

---

1. Ningun alimento tres horas antes de su cita.
2. Traiga un par de calcetines, no use tanga calzon normal.
3. Traiga porfavor su identificacion con foto.
4. Es necesario, que traiga solamente una persona con usted si va a tomar algun medicamento.
5. Traiga el equilibrio de su honorario si cualquiera. Dinero en efectivo, tarjeta de credito, o tarjeta de debito son aceptados , nada de checques personales.
6. Manifiestantes estaran aqui, ellos no son permitidos en nuestra propiedad, unicamente son permitidos en la acera.
7. Sea puntual porfavor y lleve en mente que va estar aqua por lo menos 2-3 horas quizas un poco mas.
8. Si tiene alguna pregunta , no dude en llamarnos.

A Woman's World medical center, inc (772)460-1506