

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 abilidad 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 despues del procedimiento y requiera tratamiento. Es importante que conosca estos riesgos y inclya esta informacion como parte de su decisión. Riesgos posibles incluyen pero no limitan lo siguiente. Siempre aye un riesgo de un efecto secundario previamente no conocido incluyendo la muerte. De todas formas, mucha (milares) mujeres an tenido un aborto medico similar en este pais, y el proceso del aborto medico asido estudiado, y reportado por mas de 15 años alrededor del mundo.

Porfavor inicie el lugar basio despues de leer la informacion correspondiendo.

_____ MIFEPRISTONE puede causar nausea , vomito diarrea, y fastidismo. Estos efectos no son graves, usualmente duran menos de tres dias, y la nausea y diarrea puede ser tratada con medicamentos.

_____ MISOPROSTOL tambien puede causar nausea, vomito y diarrea, y es esperado que den calambres del utero (dolores abdominales) por menos de tres dias, iguales o peroos de los dolores que le dan cuando le llega su menstruacion. Los calambres Pueden ser tratados con medicamentos que usted compra en la farmcia o que le recete su doctor. NO TOME ASPIRINA ya que pueda adelgasarse la sangre, y causar un ingreso del sangrado.

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

_____ EMBARAZO DE CONTINUACION : En casos raros (como 1% de las veses) una mujer aun puede estar embarazada despues de un aborto. Causas posibles incluyen : un gemelo o un embarazo multiple, un embarazo temprano, un embarazo ectopico, o una abnormalidad del utero. El embarazo ectopico es una emergencia medica que requiere exámenes de inmediato, tratamiento , y posible hospitalización, y cirujia. Estos problemas pueden ser detectados en la hora del chequeo, si el embarazo esta creciendo, usted necesitaria aserse el aborto quirúrgico. Esto sera realizado, sin cobre adicional si es echo en A WOMANS WORLD MEDICAL CENTER

Firma del paciente

Fecha

_____ INFECCION : En unos casos el utero , u organos del pelvis podran ser infectados despues de un aborto. Estas infecciones pueden ser tratadas por medicamentos, y no causando daños graves. si la mujer busca atenccion medica en la etapa temprana de la infeccion. En algunos casos la infeccion puede causar daños permanentes, como la perdida de abilidad de poder tener hijos. Llamenos de inmediato si piensa que tiene algun syntoma de infeccion : un flujo oloroso saliendo de la vagina, una temperatura mas de de 100.4* F por mas de 2 horas, o dolor abdominal severo.

_____ SANGRANDO O HEMMORRAGIA : Sangrado pesado puede ocurrir durante o despues de el aborto. El tratamiento depende de la causa del sangrado y puede incluir pero no se limita a observación, medicamentos, y hospitalizacion, transfucion, o ciruja. El reisgo de la hemorragia (definido como una transfucion de sangre) es menos de la mitad de 1% (2-4 por 1000 mujeres, dependieno en gestación). Es importante que usted nos llame si llena mas de dos toallas sanitarias en una hora por mas de dos horas, o si su sangrado dura mas de 4 semanas.

_____ EMBOLISMO DEL FLUJO AMNIOTICO O CONDICION ANAPHYLACTIC DE EMBARAZO : Esto es extremamente rara, complicaciones relacionadas con el embarazo pueden ocurrir durante parto, un aborto, y un aborto natural. Esto sucede cuando una infeccion del fetus crea una reaccion alerjica en el corazon de la mujer, causando que pare su corazon, resultando en coma o la muerte. No puede ser previsto ni prevenible.

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

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

_____ 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 Orginization, 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 / docotor 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 fisica, y accepto la responsabilidad de cobros adicionales que estos exámenes requieran.

Firama del paciente _____

Fecha _____

Firma del testigo _____

Fecha _____

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) inmediatamente 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 dispueto 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 solicsitar 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 mayoria 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 responsabilidad 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 necesitemos contactarnos con usted, aye alguna otra cosa que necesitemos saver para proteger 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 siguiuiente:

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 Emabarazo de la Paciente

Se a echo una prueba de embarazo? Si o No _____ Donde _____
Numero de embarazos incluyendo este? _____
Niños _____ Bebés nacidos muertos _____ Abortos(no incluyendo este) _____
Fecha de su ultimo embarazo _____

Su Historia Medica:

Padese usted de alguna cosa de lo siguiente:

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 _____
Enfermedad 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 servicio 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 entumecer esta area. (cerviz es la asptura 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 dilaticion 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 de 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 fieran 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 adicional e incluyendo, pero n limitado al anesia 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 propsito 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.

CONTUNUACION - 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 reconosco que yo he leído o tuve esta forma explicado a mi, que yo entiendo completamente su contenido, y que yo he sido dado la oporunidad 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 12TH 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 12TH 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 possible. La contactaremos unicamente si es absolutamente nesesario. 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

RU486 STATS

Nombre: _____
Edad: _____
Ciudad: _____
Posicion Marital: _____
Referido Por: _____

~~~~~  
El uso de la officinal solo

Weeks: \_\_\_\_\_  
Prior ABS: \_\_\_\_\_  
RH Type: \_\_\_\_\_

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