

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 siguiente:

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 _____ 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/convulciones	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 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 llamdo 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 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 adicionalmente 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.

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 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 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 12TH 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 \$60.00. 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 \$200.00, 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 \$200.00 que cubre el costo de la officina. Si solamente nesecita cambiar la fecha abra una carga de \$200.00, 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 inspecionarlo, 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

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

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

INFORMACION DE TRANSPORTACION

Yo, _____, entiendo que si elijo tomar algun sedante antes de la
(NOMBRE DEL PACIENTE)
cirujia necesito que alguien me lleve a casa. La persona que me va llevar a casa sera
_____, y doy permiso que llamen a esta persona 30 minutos
(NOMBRE DE LA PERSONA)
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

A WOMAN'S WORLD MEDICAL CENTER, INC.
503 SOUTH 12TH 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. Por favor use toallas sanitarias. Los tampones pueden causar una infección.
2. Después de que usted haya comido hoy empiece sus antibióticos.
3. Es necesario que tome muchos líquidos y que guarde mucho reposo en los días que haya de porvenir.
4. Estese tomando su temperatura del cuerpo, puede que llegue a 100.4, pero si es más que eso, llámenos en seguida.
5. Usted va sangrar después de su aborto. La sangre se va a variar. Tal vez no sangre mucho en los primeros días, pero después va a empezar a sangrar, y le van a dar calambres. Lo que usted sangre, sea mucho o sea poquito, es normal. Pero si llena más de 2 toallas sanitarias en una hora necesita llamarnos. También necesita saber que es probable que no empiece su menstruación normal por 3 meses.
6. Tal vez pueda pasar coágulos de sangre. Si un coágulo es más 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

En las dos semanas que aye de porvenir.....es nesesario 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 actividades pesadas.

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

STATS

Nombre: _____

Edad: _____

Ciudad: _____

Posicion Marital: _____

Referido Por: _____

~~~~~

### El uso de la officinal solo

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

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

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

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