

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: Apellido _____ Primer _____ Medio _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Telefono: (Hogar) _____ (Otro numero donde se encuentra) _____
Ocupación: _____ **Telefono:** (Trabajo) _____
Es posible llamar a su trabajo para hablar con usted si es necesario? Sí No
Edad: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Numero de Seguro Social: _____
Estado Marital: Soltera Casada Divorciada Separada Viuda
Educación: Grados (0-12) _____ Universidad _____
Nombre de Contacto en Caso de Emergencia: _____ Telefono _____ Relación _____
Como supo de nuestros servicios? (Círcula) Amigo Familia Paginas Amarillas Internet Periodico Otro _____
Fue referida por un doctor? Sí No **Cual doctor?** _____
Ha sido paciente de esta clinica antes? Sí No **Cuando?** _____ **Apellido Usado:** _____

DATOS MEDICOS

PRIMER día de su ultimo periodo: _____ **Fue NORMAL su ultimo periodo?** Sí No
Es alérgica a de alguna medicina? Sí No **Cual medicina?** _____
Esta tomando alguna medicina ahora? Sí No **Cual? / Porqué:** _____
Tiene o ha tenido algunos de los problemas siguientes? Sí No **Si marca sí, círcula cuales**

Diabetis	Anemia	Anemia (celula hoz)	Sangra facil	Migrana
Epilepsia	Presión alta	Enfermedad del corazón	Fiebre reumatico	Hepatitis
Émbolio pulmonar	Asma	Pneumonia	Tuberculosis (TB)	Fuma cigarillos
SIDA	Gonorrea	Sífilis	Infección del pélvis (PID)	Cáncer
Masa en el seno	Fibromas en el utero	Problema psiquiátrico	Coágulos de sangre en la vena (Flebitis)	

Embarazos: (Por Favor indique cuantos en el espacio vacio)

Cuantos embarazos ha tenido (incluyendo éste)? _____ Cuantos partos ha tenido? _____
Ha tenido complicaciones (círcula)
Embarazos ectopico _____ Malparto _____ **Operación Cesárea (Cuantas ?)** _____
Diabetis _____ Ataques _____ Presión alta _____
Otra (describe) _____

Ha tenido un aborto antes? Sí No **Donde?** _____

Historia medica de su familia:

Hay alguien en su familia que tiene o ha tenido las problemas siguientes? (círcula)

Diabetis	Presión alta	Epilesia (Ataques)
Sangrado facil	Cáncer en los senos	Cáncer en los órganos femeninos

Cual es la razón de la visita de hoy? (círcula)

Terminación de embarazo Pastillas anti-conceptivas Examen anual Otra _____

La información en estas paginas la doy libremente. En mi mejor conocimiento, esta información es completa y verdadera. Yo entiendo que el uso es solamente para A – Z Women's Center y no se debe relevar a nadie sin mi permiso escrito o por las ordenes del corte.

Firma: _____ **Fecha:** _____

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE UN ABORTO

Las complicaciones de el procedimiento de aborto pueden incluir: laceración del cuello del útero, perforación del útero, lesiones en los órganos internos, hemorragias, infección del útero, tubos u otros órganos internos. Además, una complicación puede requerir hospitalización y posible cirugía. En algunos casos, hysterectomía (remover el útero y los tubos) puede ser necesario. Es imposible garantizar que no pueden suceder complicaciones. Existe una posibilidad que no todas las membranas y residuos fetales del útero sean removidas y el procedimiento tenga que ser repetido. Es posible que este procedimiento pueda evadir el embarazo y usted permanezca embarazada.

Yo deseo terminar mi embarazo. Yo solicito y consiento que se proceda en mi persona la terminación de mi embarazo por medio de un médico titulado perteneciente al A – Z Women’s Center o un médico designado. Yo entiendo perfectamente que el propósito de este procedimiento es para terminar este embarazo, y yo afirmo que es por mi propia voluntad en lugar de continuar mi embarazo hasta su termino. Estoy dispuesta a aceptar el riesgo de las complicaciones que puedan ocurrir después del procedimiento de la terminación de mi embarazo. Acepto la responsabilidad financiera si es necesaria una hospitalización o cuidados al respecto que se hagan necesarios.

Doy consentimiento en que se me administren anestésicos de bloqueos paracervicales (inyecciones alrededor del útero) usando anestésia local, y/o oxido de nitrogeno gas y/o la administración de sedativos y/o medicamentos intravenosos para calmar el dolor que puedan ser necesarios, antes, durante, o después del procedimiento. Entiendo que reacciones severas, incluyendo combulcion, pueden ocurrir como resultado de estos medicamentos.

Así mismo doy consentimiento que se me tomen cultivos y el procedimiento en adición a la terminación del embarazo, sea o no relacionado con las presentes condiciones si las personas encargadas del cuidado de mi salud lo creen necesario o aconsejable en el transcurso y evaluación del tratamiento para el manejo de complicaciones o cualquier otro factor.

He revelado completa y totalmente mi historia clinica, incluyendo alergias, condiciones de sangre, medicinas anteriores o drogas tomadas, reacciones finales a anestésicos, medicinas y drogas.

Entiendo que membranas y residuos fetales serán removidos durante el procedimiento y en doy consentimiento que sean desechados en la forma que la clinica o el médico crean necesario.

Accedo seguir las instrucciones que me sean dadas. Entiendo que es mi responsabilidad darle a saber del A – Z Women’s Center mis síntomas, tales como fiebre, sangrado masivo, hemorragias con coágulos, dolores agudos y otros síntomas inusuales. No somos responsables de ningunas complicaciones no reportadas a nosotros. Entendido que cualquier pregunta que tenga será respondida por el médico y/o consejera y que yo haré dichas preguntas antes de abandonar el sanatorio. Si tengo preguntas o complicaciones después de abandonar la clinica, estoy de acuerdo en llamar al A – Z Women’s Center inmediatamente.

Yo entiendo que puedo tener un examen gratis dentro de las 3-6 primeras semanas para estar segura que la operación fue terminada y sin complicaciones.

Estoy de acuerdo en no presentar quejas o demandas en contra del medico o de A – Z Women’s Center por complicaciones que puedan ocurrir, excepto en el caso de una negligencia mayor por parte de A-Z Women’s Center. Si he de efectuar cualquier demanda no garantizada, estoy de acuerdo en cubrir todos los gastos incluidos de abogados, medico y/o la clinica, así como colocar una fianza o abono (pago) por adelantado para cubrir dichas sumas.

Así mismo entiendo que la experiencia practicada en medicina de el médico es juzgada de acuerdo a las reglas razonablemente aceptadas por otros médicos con experiencias similares en los Estados Unidos.

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO TOTALMENTE EL INFORME DE CONSENTIMIENTO ARRIBA EXPUESTO: Y QUE ESTOY DE ACUERDO EN VIRTUD DE ESTE CONSENTIMIENTO A LA TERMINACIÓN DE MI EMBARAZO POR MEDIO DE PROCEDIMIENTO QUE HE SOLICITADO.

FECHA: _____ **FIRMA DEL PACIENTE:** _____

FECHA: _____ **FIRMA DE MIEMBRO DE OFICINA:** _____

CONSENTIMIENTO PARA ANTICONCEPTIVO

Por medio de este documento, yo autorizo a A – Z Women’s Center a proveerme servicios anticonceptivos (circule cuales):

Píldoras Anticonceptivas (UNA MUESTRA GRATIS)	Inyección DepoProvera (\$70.00 CADA 3 MESES)	Ortho Evra Patch Y Nuva Ring (POR RECETA SOLAMENTE)
---	--	---

Estoy consiente de los serios efectos secundarios de los métodos hormonales anticonceptivos (Píldora Anticonceptiva, DepoProvera), incluyendo pero no excluyendo los coágulos de sangre (que pueden ser fatales), rápido crecimiento de tumores cancerosos en los órganos reproductivos o los senos, alta presión sanguínea (que puede resultar en una embolia o ataque del corazón, migranas, dolores de cabeza, empeorados por diabetes).

Estoy consciente que la inserción de un IUD puede resultar en la perforación del útero y el cese de la menstruación, cólicos y la posible caída de los tubos y el útero.

Estoy consiente que ninguno de estos anticonceptivos garantiza el 100%. de protección en contra del embarazo.

Por medio de este documento relego y eximo al A – Z Women’s Center de cualquier demanda que pueda yo tener por razones de proveerme estos servicios, y entiendo que es mi responsabilidad del A – Z Women’s Center de cualquier síntoma inusual y reportarme para las revisiones o examen como se me ha recomendado.

FECHA: _____ **FIRMA DEL PACIENTE:** _____

FECHA: _____ **FIRMA DE MIEMBRO DE OFICINA:** _____

A-Z WOMEN'S CENTER

OPCIONES DE ANESTECIA PARA AYUDAR CON DOLOR

Nosotros deseamos hacer su aborto quirurgico lo más comodo posible. Entendemos que cualquier cirugia puede causar miedo, pero nosotros hemos llevado acabo miles de procedimientos usando estos tipos de anestecia.

Opción #1: Anestecia Local-

Todos nuestros pacientes recibirán anestecia local. Consiste en un bloqueo paracervical (adormeciendo el cuello de la matriz). La anestecia local quita la mayoría del dolor e incomodidad del procedimiento. Con este medicamento estará despierta y consiente de lo que esta pasando, y podría sentir colicos, pero un 95% de nuestros pacientes dicen estar “comodas”. Usted podrá manejar a su casa.

Opción #2: Anestecia Local y Gas Nitrous Oxide-

Consiste en un bloqueo paracervical (ver opción #1), y gas Nitrous Oxide para respirar durante el procedimiento. Esta opción ofrece un poco menos de dolor y reduce ansiedad. Estará despierta y conciente de lo que esta pasando y podría sentir colicos. El gas toma de 3-5 minutos para salirse de su sistema después del procedimiento. Usted podra manejar a su casa, usualmente el 98% de nuestros pacientes estan “comodos” con esta opción.

Opción #3: Medicamento en la Vena Para Ayudar con Dolor y Ansiedad-

Consiste en un bloqueo paracervical (ver opción #1). En adición, recibirá medicamento por la vena (Versed y Nubain) para ayudarla con ansiedad y dolor. Esto NO es Anestecia General ó Sedante Profundo. Este medicamento afecta de diferente manera a cada persona, aunque, sentira menos dolor y podría tener poco ó nada de memoria del procedimiento. Usted podría sentirse con sueño en las siguientes 4-5 horas después de abandonar nuestra oficina. Este medicamento raramente causa vomito. Con esta opción NO PODRA manejar, trabajar, ó ir a la escuela hoy. Necesita tener a alguien que cuide de usted y sus niños pequeños por el resto del dia. NO debe tomas decisiones importantes después de recibir este medicamento.

- Yo solicito anestecia local solamente.
- Yo solicito Gas Nitrous Oxide para ayudar con el dolor.
- Estoy muy nerviosa y con miedo al dolor y solicito medicamento en la vena. Tengo una persona responsable que manejera y cuidara de mi.

Firma del Paciente

EXAMEN DE ULTRASONIDO

Los ultrasonidos que se performan en nuestra oficina son limitados a estimar la edad de gestación (tamaño) de un EMBARAZO INTRAUTERINO. Se entiende que existe un espacio de \pm 4 a 10 días debido a la capacidad limitada de la maquina de ultrasonido. Nosotros solo hacemos ultrasonidos a pacientes que planean terminar el embarazo, y los ultrasonidos son para nuestro propio uso interno. NO detectaran ninguna abnormalidad en el embarazo, incluyendo **ABNORMALIDADES FETALES** ó **EMBARAZOS ECTOPICOS**.

No podemos proveerle ninguna información referente a la salud, sexo ó bien estar de su embarazo. Las fotos de cada ultrasonido seran revisadas por uno de nuestros doctores al final del día, las enfermeras no estan autorizadas para dar ningun reporte oficial ó copias de las fotos del ultrasonido. No somos responsables de lo que usted decida ó cualquier conclusion que pudiera hacerse como resultado de este examen.

Incluido en el precio de su aborto esta la cuota de \$100.00 por el ultrasonido que se le hace. Si por alguna razon, usted no se hace el aborto hoy, nosotros nos quedaremos con \$100.00 por los servicios que se le brindaron. Las razones pueden ser, que no esta embarazada, cambio de opinion y no se quiere hacer el aborto, es muy temprano en el embarazo para que se le haga el aborto ó tiene demasiado tiempo para abortar (mas de 18 semanas).

- Al firmar abajo, Yo acepto que he leído y entendido esta información.
- Hasta este punto, es mi intención terminar mi embarazo.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Office Staff Signature: _____

Fecha: _____

