

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 ± 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 dia, 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: _____

Date: _____

Nombre del Paciente: _____

Informacion Importante Para el Paciente

A fecha de hoy (desde 2001), se han reportado 8 muertes en mujeres que han usado Mifeprex (RU-486) para el aborto medico de 550,000 casos. Una de las muertes fue por causa de un embarazo ectopico (en los tubos) no diagnosticado y no fue relacionado con el procedimiento del aborto medico. Nosotros hemos tomado precauciones para excluir un embarazo ectopico. Las otras 7 muertes restantes fueron debido a una infecci3n rara, causada por una bacteria llamada Clostridium Sordellii. Una de estas muertes ocurrio en Canada y las restantes en Los Estados Unidos. Clostridium Sordellii es una bacteria que se ha presentado en pocos casos de ginecologia y obstetricia, incluyendo despues de dar a luz (vaginal 3 por cesaria). Todos los casos reportados con esta infeccion (sin importar la locacion 3 procedimiento) han sido fatales, indicando que este organismo es muy dificil de diagnosticar y curar.

Como fue mencionado anteriormente es una infecci3n no muy comun, el porcentaje de muerte es muy similar a los porcentajes del aborto quirurgico, aborto espontaneo y de una de cada 10 muertes por parto natural lo cual es 13 muertes por cada 100,000 partos. Es correcto, usted esta 11 VECES MAS propensa a morir si continua embarazada. Esta informaci3n NO es para asustar 3 para rechazar hacerca del aborto medico. Sin embargo, el porcentaje de muertes por aborto quirurgico (menos de 10 semanas) en una en un millon. Abortos quirurgicos se lleva menos de 5 minutos y comparado con el aborto de pastille es 10 veces mas seguro y menos doloroso.

Nosotros estamos haciendo todo lo possible para reducir el riesgo de infecci3n. Le vamos a dar una pastilla de antibiotico en el laboratorio para reducir el riesgo de infecci3n.

Le recomendamos usar toallas sanitarias en lugar de tampones con el aborto medico o quirurgico para reducir el riesgo de infecci3n. Si siente que tiene que usar tampones por su trabajo, debe cambiarlos cada 3-4 horas. Es muy importante **NO** tener relaciones sexuales por 2 semanas.

Informaci3n importante para usted es saber que va a experimentar dolor y sangrado fuerte por solo UNO 3 DOS dias despues de insertar las pastillas vaginalmente. Si usted siente que esta empeorando en lugar de mejorar, nos tiene que llamar y venir a la clinica para una examinaci3n. **Es muy importante que regrese a su cita para que la revise el doctor entre 1-2 semanas despues de la primera pastilla que tomo y seguir las instrucciones medicas completamente.**

Firma del Paciente

Fecha

Office Staff Signature

Date

Nombre del Paciente: _____ **DOB:** _____

Consentimiento Para Aborto Medico Temprano

Ponga sus iniciales despues de cada parrafo para indicar que lo ha leído, entendido y que esta de acuerdo.

_____ Yo entiendo que mis tres opciones referentes a este embarazo son paternidad, adopcion y aborto. La alternativa del aborto medico es el aborto quirúrgico ahora ó en el transcurso del embarazo.

_____ El termino “**Aborto Medico**” se usa en un aborto en el cual se usan drogas ó medicamentos. Un “**Aborto Quirúrgico**” es uno en el cual se usan instrumentos para desocupar el utero ó matriz. Yo se que no debo comenzar un aborto medico al menos de que este segura que quiero terminar el embarazo, y estoy dispuesta a que se me haga un aborto quirúrgico si el aborto medico falla.

_____ Yo entiendo que el aborto medico solo debe hacerse durante las primeras 9.6 semanas de embarazo. Un examen fisico y un ultrasonido se haran para determinar el tamaño del embarazo.

_____ Entiendo que debo de mostrar comprobante de que vivo en Las Vegas (ó areas cercanas como Henderson, Green Valley, Boulder City ó Summerlin) para poder ser considerada candidata para el proceso de la pastilla para abortar. Este comprobante puede ser licencia de manejar del estado de Nevada, un talon de cheque reciente, registraci3n de carro, recibo de telefono u otra documentaci3n con su nombre. Si no puedo mostrar documentaci3n a A-Z Women’s Center, puedo cambiar mi cita ó escoger el metodo quirúrgico el dia de hoy.

_____ Para ser considerada candidata para la pastilla de abortar, debo de tener 18 años de edad ó mayor (y mostrar comprobante de edad) y tener libre el secundo y tercer dia después de su primera cita. Podras ir a trabajar hoy después de tomarte la primera pastilla (**Mifeprex**) aquí en la oficina.

On _____, the above mentioned patient stated that her days off would be _____ & _____ Tech: _____

Patient’s 1st check-up visit: _____

Patient’s 2nd check-up visit: _____

____ El proceso del aborto medico requiere dos medicamentos diferentes usados juntos. El primero es **Mifeprex**, el cual bloquea la acción de la progesterona, una hormona que se necesita para continuar el embarazo. Esta droga fue aprobada por el FDA para este uso en Septiembre del 2000 y a sido extensamente usada en otros países para este proposito (**algunas veces es mencionado como “la pildora para aborto francesa”**). Se me dara una dosis de 200-mg en vez de la aprobada por el FDA de 600-mg porque en nuevas investigaciones concluyeron que es efectivo. La segunda droga es **Misoprostol (Cytotec)**. **Misoprostol** causa fuertes cólicos, lo cual le ayudara a desechar el embarazo.

____ Antes que me den los medicamentos. Se me hara una prueba para descartar una anemia y para saber mi tipo RH de sangre. Si yo soy RH Negativo y tengo más de 7.6 semanas de embarazo se me administrara una vacuna de Rhogam. Por favor avisenos si **RECIENTEMENTE** a recibido esta inyección en otro lugar.

____ Se me dara la tableta de **Mifeprex** para que la tome antes de abandonar A-Z Women’s Center. Yo entiendo que esto puede causar nauseas, diarrea y colicos. **No recomendamos tomar la pastilla con el estomago vacio.** Si no ha comido todavía **por favor cambie su cita hasta que tenga comida en su estomago.**

____ Yo entiendo que si vomito en los proximos 30 minutos después de haberme tomado la pastilla **Mifeprex**, la efectividad de la pastilla **bajara significativamente**. Usted puede elegir de tomar el riesgo que funcione ó comprar otra pastilla por \$100 dolares.

____ Despues de haber tomado la pastilla **Mifeprex**, Yo entiendo que el doctor va a insertar vaginalmente 4 pastillas **Misoprostol** en la oficina. Deboirme directo a casa después de este proceso. Es de esperarse que voy a tener cólicos y sangrado durante las próximas horas después de que se insertaron las pastillas vaginalmente. **YO NO DEBO** ir a trabajar, escuela, o hacer diligencias. Es seguro para mi manejar pero **NO** debo tomar un autobús a mi casa el dia del proceso del aborto medico.

____ Yo entiendo que una segunda dosis de **Misoprostol** puede ser necesaria si la primera dosis no termina por completo el trabajo. **A sido probado que la administración vaginal del medicamento es mas efectiva, especialmente en embarazos de menos de 9.6 semanas en medida.**

____ Yo entiendo que si pido se me va a dar una receta con medicina para el dolor. Algunos pacientes prefieren empezar tomando medicamento el cual

no necesita receta (Advil, Motrin o ibuprofen) y si necesitan medicina mas fuerte, puede llevar a la farmacia la receta para dolor que le dio el doctor. Se que puedo localizar al doctor en turno a cualquier hora si tengo alguna emergencia al tel. **(702) 892-0660 despues de horario regular y seguir las instrucciones del mensaje grabado.**

____ Yo entiendo que de 1 a 5 horas despues de que yo me haya insertado **Misoprostol** en la vagina yo tendré cólicos fuertes y sangrado. Los colicos pueden ser bastante severos y dolorosos por unas cuantas horas, pero usualmente no por mas de 18-24 horas. El sangrado puede ser un poco abundante y puede que tenga coágulos grandes por varias horas. Algunos pacientes han reportado haber pasado cuagulos del tamaño de su mano. Podria ver algo de tejido del embarazo (usualmente blanco o gris en color). Si el sangrado **abundante** durara mas de 12 horas, ó si mojas (adelante hacia atrás y lado al lado) dos toallas sanitarias en una hora por dos horas seguidas, yo se que debere llamar a la oficina al **(702) 892-0660. Si es después de las 5:00 pm, por favor siga las instrucciones del mensaje grabado para contactar al doctor en turno.**

____ Yo se que **DEBO** regresar para un examen una semana despues para asegurar que el aborto se llevo acabo. Yo se que en esta visita se me hara un ultrasonido vaginal por el doctor. Si el aborto no se llevo acabo, tendre la opción de tomar otra dosis de **Misoprostol** ó de que se me haga una aspiración (Procedimiento quirúrgico a base de aspiración para vaciar el utero) para completar el aborto.

____ Entiendo que si no regreso en una semana para mi revision, voy a recibir una llamada telefonica a mi casa ó celular para cambiar la cita. Tambien entiendo que si no regreso a tal cita, la clinica ya no se va a hacer responsable por mi cuidado. No los hago responsables por nada que pueda pasarle al embarazo como resultado por no haber regresado a mi cita de revisión. Esto incluye, mas no esta limitado, a bajo peso de nacimiento, severos defectos de nacimiento, ó hasta la muerte del embarazo.

____ Yo entiendo que es importante que el aborto sea completamente llevado acabo porque las 4 pastillas **Misoprostol** puede causar serios defectos de nacimiento.

____ Yo he leído esta forma y he tenido tiempo de pensarlo. Entiendo que tendre una consulta con el doctor el dia de hoy. Esa sera mi oportunidad para hacer cualquier pregunta antes de empezar con el proceso del aborto medico.

___ Yo entiendo que este proceso se trata de dos pasos, Un medicamento normalmente no terminara el embarazo con éxito. Tienes que ir a comprar el segundo medicamento de la farmacia para asegurar el éxito.

___ En el evento de alguna complicacion inesperada durante el proceso del aborto, yo solicito y autorizo a Dr. William Ramos y/o Dr. Kernes para que hagan lo necesario para proteger mi salud y bien estar.

___ Yo entiendo que una vez tomada la pastilla de abortar, **Mifeprex**, Yo **DEBO** completar el proceso del aborto medico, y inserte las 4 pastillas **Misoprostol** en su vagina. He sido advertida que el medicamento va desprender el embarazo de la matriz. El embarazo **PUEDE** no ser viable si cambio de decisión y no termino el proceso del aborto medico.

___ Doy consentimiento a Dr. Ramos y/o Dr. Kernes para que me den el medicamento **Mifeprex** (“La pastilla del aborto”) para tragar la pastilla hoy en la oficina. Yo reconosco que voy a recibir una receta para 4 pastillas **Misoprostol (Cytotec)** para insertar vaginalmente para provocar un aborto medico.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Escriba nombre del Paciente: _____

Letra de Molde

Physician Signature: _____ Date: _____

Office Staff Signature: _____ Date: _____

El numero a llamar para preguntas ó complicaciones (702) 892-0660 de Lunes a Sabado 8:00 am – 5:00 pm. Despues de horas de trabajo llame a nuestro servicio telefonico (702) 892-0660 y siga las instrucciones de la grabación para contactar al doctor en turno.

ATENCION: PACIENTES PORFAVOR DEJE ESTA FORMA EN BLANCO

Patient's Name: _____ **DOB:** _____

MEDICAL ABORTION CHECKLIST

	YES	NO	N/A
Did the patient read the MIFEPREX: Early Option Pill Brochure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was the patient advised of her pregnancy options?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was the patient notified that she needs time off work? Today thru 48 hours later in order for the Misoprostol pills to complete the process?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Did the patient initial and sign the consent form?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is the pregnancy less than 9.6 weeks by ultrasound?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Did you explain the timing of the medications?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Did you explain the need for all follow-up visits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Did you explain our on-call system?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does the patient have an IUD in place?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does the patient have any known allergies to Mifeprex/prostaglandins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has an ectopic pregnancy been ruled out?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does the patient have a history of chronic adrenal failure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does the patient have a history of hemorrhagic disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does the patient have a history of anticoagulant therapy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RH STATUS: (CIRCLE ONE)	POS	NEG	-----
Rhogam given: (IF INDICATED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemoglobin level: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instructed Misoprostol 800 mcg to be inserted after 12-36 hours, vaginally	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was a Pain Rx written?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contraception Plan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC Rx written?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO SOBRE ANTICONCEPTIVOS

Nombre del Paciente: _____ DOB: _____

Es recomendable para todos los pacientes empezar un método anticonceptivo para evitar embarazos no planeados. Este cuestionario nos ayudará a sugerirle el mejor método para usted. Si no desea ningún método anticonceptivo, no conteste este cuestionario.

¿Cual método prefiere? Condones Pastillas Parche Anillo
 Vaginal Inyección DIU

Referimos para: Ligamiento de Trompas (Esterilización permanente para mujeres) o Vasectomía (Esterilización permanente para Hombres)

Continúe con este cuestionario si escoge las pastillas, el parche, anillo vaginal ó la inyección depo provera (Sea honesta estas preguntas son importantes)

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2. ¿Fuma cigarros? _____

a. ¿Cuántos al día? _____

3. ¿Cual es su peso? _____

4. ¿Que método anticonceptivo ha usado en el pasado? _____

5. ¿Ha tenido problemas con alguno de estos métodos?

6. ¿Ha quedado embarazada mientras esta usando un método anticonceptivo?

SI ó NO a) Con cual método? _____

7. Ha tenido: Alta presión Tumor en los senos Osteoporosis Acne PMS
Coágulos en las piernas Bello facial

8. ¿Tiene que ocultar que esta usando anticonceptivos a sus padres ó a su pareja? _____

9. ¿ Tiene aseguranza para comprar método anticonceptivo?

SI ó NO

10. Si es paciente que paga en efectivo, le gustaría un método anticonceptivo de bajo costo, que sea genético (si esta disponible)? SI ó NO