

A-Z Women's Center
Historial Medico

Nuestro personal está aquí para ayudarla (o) con las respuestas a cualquier pregunta o inquietud que pueda tener. Su completa comprensión es esencial para su consentimiento, que debe obtenerse antes del procedimiento. Haremos todo lo posible para abordar todas sus necesidades y preocupaciones. Por favor conteste lo más completamente posible; Toda la información es estrictamente confidencial.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Educación _____ Etnia-Racial _____ Hispana SI NO

Ha sido paciente aquí antes? Si No Contacto de Emergencia _____

Relación a usted _____ # De teléfono para contactarlos si es necesario _____

Historial de Menstruacion

Sus reglas son regulares? Si No Si es no, explique _____

Sangrado es usualmente Leve Mediano Pesado Cuantos dias de flujo? _____

Colicos es usualmente Leve Moderano Severo

Otros síntomas con sus periodos/regla _____

Primer día de su ultima regla _____ Sangrado desde su ultima regla Si No

Historial de Embarazos

Numero total de embarazos incluyendo este _____ Numero de parto vaginal _____ Numero de cesáreas _____

Numero de abortos espontáneo _____ Numero de abortos provocado _____ Embarazo Ectopico/Tubarico _____

Problemas de sangrado con embarazos previos Si No

Síntomas con este embarazo: Nausea/Vomito Sensibilidad de los senos Fatiga Desecho Vaginal Anormal
 Sangrado/Manchado Calambres/Colicos/Dolor Otro _____

Alergias _____

Medicamentos Actualmente Tomando Ahorita: _____

Esta actualmente amamantando? Si No

Habitos

Alcohol: Nunca 1-2 tragos/seminal 3-5 tragos/seminal 5+ tragos/semanal
Tabaco: Nunca Uso Pasado/Dejo de usar Uso actual Cuanto usa _____
Otras drogas: Nunca Uso Pasado/Dejo de usar Uso actual Que usa _____

Cirugías Previas _____

Pasado Historial Medico (circule lo que se aplica a usted solamente)

Cardiovascular Migrañas Fiebre Reumatica Soplo en el Corazon Problemas de Corazon Flebitis (coagulos venosos)
Alta Presion Sanguínea Derrame Cerebral Mareos/Desmayos Anemia (bajo recuento sanguineo)
Problemas de Sangre Otros _____

Pulmonar Asma Bronquitis Tuberculosis Enfisema Otro _____

Metabolico Diabetes Tiroides Otro _____

Renal Problemas de Riñon/Infecciones Problemas de la Vejiga/infecciones Otro _____

Otro Hepatitis/Ictericia Esqueletica/Problemas de Espalda Cancer Inmunodeficiencia Otro _____

Ginecologica Infertilidad Papanicolaou Anormal Endometriosis Fibromas Coito Doloroso Cancer Dolor Pelvico

A-Z Women's Center

Historial Médico

Herpes (llagas genitales) Infecciones Tubaricas/PID Infecciones Transmitidas Sexualmente Infección Vaginal Recurrente
Otro _____

Salud Mental Ansiedad Depresión Abuso Físico/Mental Dependencia Química Otro _____

¿Desea información sobre anticoncepción en su visita? Si No

En caso de si, en cual (es) esta interesada (o):

Pildoras Depo-Provera (La inyeccion) El Parche El Anillo DIU Diafragma Condones Espuma/Tela Vaginal
Esponga Espermicida Metodo de Ritmo Esterilizacion Tubarica Implante Procedimiento Essure

Historial Familiar DiabetesCancer Alta Presion Sanguínea Enfermedad de Corazon Derrame Cerebral Otro _____

Por favor revise cualquier inquietud que pueda tener:

- Entendiendo el procedimiento quirúrgico
- Incierta de la decision
- Esto realmente es confidencial?
- Esto va a doler?
- Esto le causa dolor al feto?
- Posible complicaciones durante y después
- Posible efectos a futuro embarazos
- Posible efectos en la habilidad de tener un bebe en el futuro
- Mala experiencia en el pasado
- Otras preocupaciones/inquietudes (por favor explique) _____

Este embarazo es resultado de una relación sexual consentida? Si No
 La persona involucrada sabe acerca de su decisión? Si No
 Alguien te obliga a interrumpir este embarazo?? Si No
 Tiene Apollo emocionalmente? Si No

Tiene apollo? (Si es aplicable) Si No

Quien la refirió aqui hoy, o como escuche de nosotros?
Internet Paginas Amarillas Amiga(o)/Familia Paciente de Regreso Otro _____

Doctor (nombre) _____

Clinica/Hospital _____

YO DOY LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTA PÁGINA LIBREMENTE. ES COMPLETO Y FACTUAL A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. ENTIENDO QUE ES PARA USO EXCLUSIVO DE A-Z WOMEN'S CENTER Y NO SERÁ LIBERADO A NADIE SIN MI PERMISO ESCRITO EXCEPTO POR ORDEN JUDICIAL. AUTORIZO A LOS MÉDICOS Y PERSONAL DEL CUIDADO DE A-Z WOMEN'S CENTER PARA REALIZAR EXAMEN MÉDICO, EXAMEN, PRUEBAS Y TRATAMIENTO RESPONSABLES Y NECESARIOS PARA LA CONDICIÓN QUE ME HA TRAIIDO A A-Z WOMEN'S CENTER.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Staff Signature _____

Fecha _____

Firma Miembro del Personal

Proveedores de atención médica: *Asesorar al paciente sobre los riesgos de Mifeprex*. Tanto usted como el paciente deben firmar este formulario.*

Acuerdo del Paciente:

1. He decidido tomar Mifeprex y misoprostol para poner fin a mi embarazo y seguiré el consejo de mi proveedor sobre cuándo tomar cada medicamento y qué hacer en caso de una emergencia.
2. Entiendo:
 - a. Tomaré Mifeprex el Día 1.
 - b. Mi proveedor me dará o recetará tabletas de misoprostol, las cuales tomaré entre 24 a 48 horas después de tomar Mifeprex.
3. Mi proveedor ha hablado conmigo sobre los riesgos, incluyendo:
 - sangrado profuso
 - infección
 - embarazo ectópico (un embarazo fuera del útero)
4. Me comunicaré con la clínica/el consultorio si durante los días del tratamiento tengo:
 - fiebre de 100.4°F o superior que dura más de cuatro horas
 - dolor severo en el área estomacal (abdominal)
 - sangrado profuso (empapado de dos almohadillas sanitarias gruesas grandes por hora durante dos horas consecutivas)
 - dolor de estómago o malestar, o “sentirme enferma”, incluyendo debilidad, náuseas, vómitos o diarrea, durante más de 24 horas después de tomar misoprostol
5. Mi proveedor de atención médica me ha dicho que estos síntomas podrías requerir atención de emergencia. Si no puedo acudir a la clínica o consultorio de inmediato, mi proveedor de atención médica me ha informado sobre a quién llamar y qué hacer.
6. Debo hacer un seguimiento con mi proveedor de atención médica alrededor de 7 a 14 días después de tomar Mifeprex para asegurarme de que mi embarazo ha llegado a su fin y de que estoy bien.
7. Soy consciente de que el tratamiento no funcionará en algunos casos. Esto sucede en alrededor de 2 a 7 de cada 100 mujeres que utilizan este tratamiento. Si mi embarazo continúa después del tratamiento con Mifeprex y misoprostol, hablaré con mi proveedor sobre un procedimiento quirúrgico para poner fin a mi embarazo.
8. Si necesito un procedimiento quirúrgico porque los medicamentos no pusieron fin a mi embarazo o para detener el sangrado profuso, mi proveedor de atención médica me ha dicho que me hará un procedimiento o me derivará a otro proveedor de atención médica encargado de llevarlo a cabo.
9. Tengo la GUÍA DEL MEDICAMENTO para Mifeprex. Lo llevaré conmigo si visito una sala de emergencias o un proveedor de atención médica que no me dio Mifeprex de manera que puedan entender que me estoy sometiendo a un aborto médico con Mifeprex.
10. Mi proveedor de atención médica ha respondido a todas mis preguntas.

Firma del paciente: _____ **Nombre del paciente:** _____ **Fecha:** _____
(en letra de molde)

El paciente firmó el ACUERDO DEL PACIENTE en mi presencia después de haberla asesorada y de haber respondido a todas sus preguntas. Le he entregado la GUÍA DEL MEDICAMENTO para Mifeprex.

Firma del proveedor: _____ **Nombre del proveedor:** _____ **Fecha:** _____
(en letra de molde)

Después de que el paciente y el proveedor firmen este ACUERDO DEL PACIENTE, entregarle 1 copia al paciente antes de que abandone el consultorio y colocar 1 copia en su expediente médico.

A-Z Women's Center
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN MEDICA PROTEGIDA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

A-Z Women's Center se compromete a proteger la privacidad de su registro de salud y la confidencialidad de su visita. Su registro de atención médica, conocido como expediente, y la información que contiene, no se divulgará a nadie ni a ninguna agencia fuera de A-Z Women's Center sin su autorización por escrito, a menos que la ley exija dicha divulgación.

A-Z Women's Center utilizará su información de salud con el propósito de:

- **Tratamiento** - Por ejemplo, la información obtenida se registrará en su registro y se utilizará para determinar el mejor curso de tratamiento para usted. Esto puede incluir la necesidad de que nos comuniquemos con usted para brindarle información sobre el tratamiento u otros problemas relacionados con la salud.
- **Operaciones Regulares del cuidado de la salud** - Por ejemplo, los miembros del personal médico pueden usar la información en su registro de salud para evaluar la atención que recibió y los resultados de su atención. Esta información se utilizará en nuestro programa continuo que mejorar la calidad.

Divulgaciones requeridas por ley:

- **Administración de Drogas y Alimentos en EEUU (FDA)** - Según lo exige la ley, A-Z Women's Center puede revelar a la FDA información de salud relacionada con eventos adversos con respecto a defectos de productos, retiros de productos, reparaciones o reemplazos.
- **Public Health** - A-Z Women's Center puede divulgar su información de salud, como lo exige la ley, a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- **Application de la Ley**- A-Z Women's Center puede divulgar información de salud para propósitos de cumplimiento de la ley según lo requiera la ley o en respuesta a una citación válida.

Sus derechos de información de salud:

Aunque su registro de salud es propiedad física de A-Z Women's Center, la información que contiene le pertenece a usted. Tiene derecho a:

- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y revelaciones de su información
- Inspeccionar una copia de su registro de salud
- Modificar su registro de salud según dispuesto en [NEV. REV. STAT. § 629.051](#)
- Obtenga un informe de las divulgaciones de su información de salud.
- Solicitar la comunicación de su información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas
- Revocar su autorización para usar o divulgar información de salud, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas

Nuestras Responsabilidades

A-Z Women's Center se requiere que:

- Mantener la privacidad de su información de salud
- Notificarle sobre los deberes legales y prácticas de privacidad de A-Z Women's Center con respecto a la información de A-Z Women's Center
- Cumplir con los términos de este aviso
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada
- Acomodar las solicitudes razonables que tenga para comunicar información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas

La ley del estado de Nevada requiere que los registros médicos se mantengan durante al menos 5 años. El objetivo de A-Z Women's Center es mantener registros durante 7 años. Los registros médicos de los pacientes menores de 23 años se conservarán hasta que el paciente tenga 23 años y 5 años después de esa fecha. Después de esos 5 años, los registros médicos serán destruidos.

A-Z Women's Center se reserva el derecho de cambiar las prácticas y hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, haremos un esfuerzo razonable para notificarle sobre este cambio.

Para más información o para reportar un problema:

Si tiene preguntas o si desea informar un problema, comuníquese con Bridget, *A-Z Women's Center* Oficial de Privacidad, al (702) 892-0660. Las quejas también pueden presentarse ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos, un acto por el cual no se tomarán represalias.

He leído este aviso de privacidad y se me ha dado tiempo suficiente para hacer preguntas sobre la información que contiene. Entiendo que A-Z Women's Center mantendrá mi registro con el más alto nivel de privacidad y confidencialidad y solo divulgará mi información médica personal cuando así lo autorice por escrito o cuando la ley así lo exija.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Staff Name/Nombre del miembro personal

Staff Signature/Firma del miembro personal

Date/Fecha