

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 días 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
Esponja 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

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE ABORTO, ADMINISTRACIÓN ANESTÉTICA
Y / O OTRO SERVICIO MÉDICO CONSIDERADO NECESARIO**

FECHA _____ NOMBRE _____ EDAD _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

NUMERO DE TELEFONO (CASA) _____ TELEFONO (CELLULAR) _____

Por favor de listar 2 personas con las que se pueda contactar en caso de emergencia (requerido)

Nombre _____	Telefono _____	Relacion _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO Sabén que usted esta aquí
--------------	----------------	----------------	--

Nombre _____	Telefono _____	Relacion _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO Sabén que usted esta aquí
--------------	----------------	----------------	--

Yo, _____ solicito y consiento a la realización de un procedimiento de interrupción del embarazo por Dilatación y Curetaje (D&C) o Dilatación y Evacuación (D&E). Afirmo que esta es mi elección personal con el entendimiento de que tengo la alternativa para continuar el embarazo. Nadie me está obligando u obligando a tomar esta decisión o firmar este formulario.

También doy mi consentimiento para la inserción de dilatadores osmóticos y medicamentos intrauterinos, si es necesario, para facilitar el procedimiento.

Entiendo que el embarazo/los productos de la concepción se eliminarán durante el procedimiento, y doy mi consentimiento para que el médico, los asistentes o el patólogo lo examinen. Doy mi consentimiento para que la clínica la elimine de la manera que se considere apropiada.

Yo, doy mi consentimiento adicional para la realización de pruebas y procedimientos indicados razonables, que incluyen, entre otros, exámenes de ultrasonido, análisis de orina y sangre. Si se insertan dilatadores, entiendo que el aborto ha comenzado y que el embarazo puede haberse interrumpido y debo regresar para completar el procedimiento de aborto según las instrucciones.

He revelado completa y sinceramente mi historial médico, incluidas las alergias, los medicamentos recetados y no recetados y cualquier historial de reacciones adversas a los anestésicos locales, medicamentos o drogas. Doy mi consentimiento para que el médico confíe en esta divulgación como completa.

Doy mi consentimiento para la administración de anestesia y/o medicamentos para el dolor y la ansiedad, si así lo elijo. Entiendo que los anestésicos y / o medicamentos para el dolor no siempre eliminan todo el dolor y los calambres. Entiendo que en un pequeño número de casos, se han producido reacciones graves, como shock y muerte. No se me han hecho garantías en contrario.

INICIALES _____ Yo elijo Gas de óxido nitroso: Consiste de gas de óxido nitroso (gas de la risa) para respirar durante el procedimiento. Puede conducir hasta su casa y participar en actividades normales, ya que esto no tiene ningún efecto en su capacidad para hacerlo.

INICIALES _____ Yo elijo Alivio de Dolor y Ansiedad Intravenosa: consiste en medicamentos administrados por vía intravenosa para aliviar la ansiedad y el dolor. Esto NO es anestesia general o sedación profunda. Puede sentirse con sueño durante el procedimiento y puede estar con sueño durante varias horas después de salir de nuestra oficina. Fuertemente le recomendamos que no conduzca, opere maquinaria o tome decisiones importantes durante aproximadamente 24 horas.

Yo entiendo que las complicaciones asociadas con la interrupción del embarazo son generalmente mucho menos graves y menos frecuentes que con el parto. Sin embargo, me doy cuenta, como sucede con el parto o cualquier tipo de cirugía, que existen riesgos inherentes de complicaciones menores y mayores que pueden ocurrir, incluso sin la culpa del médico. Estos riesgos incluyen, entre otros, pérdida severa de sangre, infección, lesiones en el útero y/o estructuras circundantes, paro cardíaco, accidente cerebrovascular y embolia. Otros riesgos y posibles complicaciones específicas del procedimiento de aborto son los siguientes: (en un orden de frecuencia aproximadamente decreciente)

Syndrom Post Aborto: En algunos casos, el útero sangra y forma coágulos retenidos en su interior. A medida que el útero reacciona a los coágulos con calambres para expulsarlos, esto produce calambres y dolor cada vez más severos. Para aliviar el dolor y vaciar el útero, puede ser necesario repetir el procedimiento de succión (a menos que el útero expulse con éxito los coágulos). Esto generalmente ocurre unas pocas horas después del aborto.

Infeccion: Causado por la inevitable presencia de bacterias en la vagina que accede al útero se informa en un pequeño porcentaje de casos. Se le administrará un antibiótico para disminuir la posibilidad de infección. La mayoría de las infecciones responden a antibióticos ambulatorios, pero ocasionalmente es necesaria la hospitalización.

Sangrado: En algunos casos hay más sangrado de lo esperado. Esto puede requerir una repetición inmediata del procedimiento u hospitalización para observación y tratamiento. Si se produce este sangrado excesivo después del aborto, es posible que deba realizarse una hospitalización y una posible transfusión de sangre y dilatación y legrado (D&C).

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE ABORTO, ADMINISTRACIÓN ANESTÉTICA
Y / O OTRO SERVICIO MÉDICO CONSIDERADO NECESARIO**

Laceración: Ocasionalmente, la abertura cervical y/o el canal cervical pueden romperse. En algunos casos, solo se necesitan unos pocos puntos para reparar la rotura. Sin embargo, esta complicación puede causar sangrado severo y requerir hospitalización.

Perforación: En raras ocasiones, un instrumento utilizado en el procedimiento puede atravesar la pared del útero. Si esto ocurriera, la hospitalización podría ser necesaria para la observación, la finalización del procedimiento y / o la reparación o extracción del útero o cualquier órgano circundante dañado.

Fracaso para terminar el embarazo: En un porcentaje muy pequeño de embarazos tempranos, el procedimiento de aborto no termina el embarazo y resulta en un aborto incompleto. Si esto ocurriera, se recomendaría otro procedimiento de aborto, generalmente una aspiración de vacío repetida porque el primer intento puede haber impedido el desarrollo normal del embarazo.

Histerectomía: Esta es la extracción del útero. Como resultado de condiciones preexistentes o algunas de las complicaciones anteriores (incluyendo perforación, sangrado, infección), puede ser necesaria una histerectomía, pero es muy rara.

Embarazo Tubérico: Este no es un riesgo o una complicación del procedimiento de aborto, pero aproximadamente 1 de cada 100 embarazos se encuentra fuera del útero. Si esta condición no se diagnostica ni se trata, puede provocar la ruptura del tubo, lo que conlleva una alta mortalidad. Esto requeriría ingreso hospitalario y no podría realizarse por medio de el procedimiento de aborto.

Yo, entiendo que el médico, el consejero o los asistentes responderán cualquier pregunta que tenga y que haré todas las preguntas antes de salir de la oficina. Si tengo preguntas o complicaciones después de irme, acepto llamar a la clínica de inmediato. Estoy de acuerdo en hacer un seguimiento con la clínica en caso de complicaciones

Entiendo que me pueden tratar por cualquier complicación resultante en el A-Z Women's Center sin costo adicional para mí. Sin embargo, si se requiere hospitalización, o si debo ir a otro médico o centro de atención médica, entonces seré responsable de todos los cargos.

Certifico que he leído, me lo han explicado y entiendo completamente el consentimiento informado que estoy firmando, y acepto, a la luz de ese consentimiento, el procedimiento de interrupción del embarazo que he solicitado. Entiendo que puedo tener una copia de este formulario de consentimiento a mi solicitud.

Si se solicita o es necesario, le autorizo a enviar una copia de mis registros médicos u otra información al proveedor de atención médica que lo refirió, a mi compañía de seguros o al personal del Hospital o la Sala de Emergencias. Además, autorizo a A-Z Women's Center a obtener registros de otros cuidadores sobre los servicios realizados aquí.

Firma Del Paciente _____ Fecha _____ Horario _____

Staff Signature/ _____ Fecha _____ Horario _____
Firma del miembro de personal

Si es necesario, he explicado el consentimiento, las instrucciones y el procedimiento a este paciente. Ella entiende los materiales y consiente en las condiciones anteriores.

Interprete _____ Relación _____ Fecha/Horario _____