



INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA ABORTO QUIRÚRGICO

El propósito de este formulario es para informarle sobre el procedimiento de aborto quirúrgico que usted está considerando. Usted debe leer cuidadosamente este formulario, y haga cualquier pregunta que usted pueda tener, antes de decidir si presta o no su consentimiento. Su firma indica que ha leído, entendido y estar de acuerdo con la información de este formulario. Desert Star Family Planning se denominará en lo sucesivo "DSFP".

- _____ Yo, _____, he sido informada y entiendo a mi entera satisfacción, las opciones disponibles con respecto a mi embarazo actual. Mis opciones son: (1.) La continuación del embarazo, (2.) La adopción, y (3.) Aborto, y decido tener un aborto para interrumpir el embarazo.
- _____ Reconozco que estoy actuando en mi propio nombre, y que mi decisión de tener un aborto es voluntaria.
- _____ Certifico que **no** estoy terminando mi embarazo debido al sexo o la raza del feto.
- _____ He recibido información acerca de los tratamientos y procedimientos que pueden ser proporcionados. Esta información incluye los riesgos, beneficios, posibles problemas y complicaciones, y las alternativas disponibles para mí. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de esta información, y podrá hacerlo en cualquier momento si decido que necesito más aclaraciones.
- _____ Yo también entiendo que si yo soy 10 semanas o menos en mi embarazo, yo puedo elegir un aborto médico como alternativa a una aspiración uterina quirúrgica. Elijo un método quirúrgico para mi aborto.
- _____ Me han dado una explicación completa del procedimiento quirúrgico que se utiliza para mi aborto, y qué esperar después del aborto. No tengo preguntas en este momento.
- _____ Entiendo que un aborto quirúrgico es un procedimiento seguro. Sin embargo, soy consciente de que no hay garantías se han hecho a mí, y que las complicaciones pueden ocurrir con cualquier procedimiento quirúrgico. He recibido información acerca de los riesgos involucrados, y creo que los beneficios de tener el aborto son mayores que los riesgos.
- _____ Soy consciente de que, aunque son poco frecuentes, algunas complicaciones pueden ocurrir con los procedimientos de aborto realizados por médicos calificados y competentes. Los riesgos que existen incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:
- Un sangrado, que puede requerir la aspiración uterina:** sangrado muy abundante puede ocurrir dentro o fuera del cuerpo durante o después del aborto. El tratamiento depende de la causa de la hemorragia y puede incluir, pero no se limita a la observación, la medicación, hospitalización, transfusión, o cirugía adicional. Es importante que usted se comunique con nosotros si usted empapa 2 o más toallas sanitarias en una hora.
 - Un aborto incompleto o aborto retenido, lo cual puede requerir una nueva aspiración:** Es posible que parte del tejido del embarazo para seguir siendo en el interior del útero después del aborto. El aborto incompleto puede causar sangrado grave (hemorragia), infección, sangrado más de 3 semanas, y dolor abdominal severo. Esto es poco frecuente, sin embargo, llámenos de inmediato si usted tiene alguno de estos síntomas.
 - La infección del útero, las trompas de Falopio o los ovarios:** En un pequeño número de casos, el útero o la pelvis pueden infectarse después de un aborto. Siguiendo sus instrucciones de cuidado posterior y tomando todos los antibióticos que prescribimos ayudará a mantener el riesgo de infección bajo. Los medicamentos pueden tratar la infección, sin causar daños a largo plazo, si la mujer busca atención médica en las primeras etapas de la infección. En algunos casos, una infección puede ser lo



suficientemente grave como para causar daños permanentes, como la pérdida de la capacidad de tener hijos. Llámenos inmediatamente si usted piensa que tiene cualquiera de estos síntomas de infección: secreción vaginal con mal olor, la temperatura de 100.4 grados o más, o dolor abdominal severo.

- d. **Perforación o laceración (punción o desgarro):** En menos de 1 % de los casos, puede producirse un desgarro en el útero, cuello del útero, del intestino o la vejiga durante un aborto y pueden resultar en la pérdida de la capacidad de tener hijos, hemorragia, o la muerte. El tratamiento depende de la gravedad y la localización de la lesión. El tratamiento puede incluir pero no está limitado a la observación, cirugía menor, hospitalización, y la extirpación del útero (histerectomía).
- e. **El síndrome post - aborto:** Esta es una condición física que ocurre cuando el útero se llena de coágulos de sangre que no pasan y crean fuertes calambres. Masaje uterino, medicación, o repetir el procedimiento de aborto para eliminar los coágulos son todos los tratamientos posibles
- f. **La formación de tejido cicatrizar en el útero (síndrome de Sherman):** La cicatriz en el útero puede resultar después de un aborto y podría crear problemas en futuros embarazos. Esta condición se debe considerar si las menstruaciones no regresan después de un aborto y que no están embarazadas. La frecuencia de esta complicación es desconocida, pero se considera poco frecuente.
- g. **Reacción alérgica a la anestesia, medicamentos u otros productos:** En menos de 1 % de los casos, una persona puede experimentar una reacción grave, como paro respiratorio (dejar de respirar), paro cardíaco (el corazón deja de latir), convulsiones, o largos periodos de inconsciencia. Por favor, háganos saber si usted alguna vez ha tenido una reacción antes de la anestesia.
- h. **Embolia de líquido amniótico o anafiláctico condiciones del embarazo:** Este extremadamente rara, complicación relacionada con el embarazo puede ocurrir durante el parto, aborto involuntario o el aborto. La teoría actual sugiere que los anticuerpos del feto crean una reacción alérgica en el corazón de la mujer, haciendo que su corazón se detuviera, y resultando en estado de coma o la muerte. No es predecible o prevenibles.
- i. **Malestar emocional:** Las mujeres experimentan una variedad de reacciones emocionales después de un aborto. Es muy común sentir alivio y / o tristeza. Es muy raro experimentar angustia emocional grave (menos de 10 %), y es más probable que las mujeres que tienen una condición pre - existente, como la depresión. Remisión para su salud emocional post- aborto está disponible en DSFP.
- j. **Muerte:** Aunque hay un riesgo de muerte como resultado de un aborto, también hay un riesgo de muerte por parto. El riesgo de muerte por parto es mucho mayor que la de un aborto

_____ Autorizo DeShawn Taylor, MD, y sus asociados o asistentes para realizar mi aborto, así como otros servicios necesarios. En caso de una emergencia, autorizo al médico realizar cualquier procedimiento se estima necesario para mi bienestar.

_____ Entiendo que DSFP tiene un programa de formación para la enseñanza de los médicos con licencia aborto quirúrgico. Estoy de acuerdo en ser tratado por un médico de formación licencia asociado a DSFP, Dr. _____. (Opcional)

_____ He sido informado de que si tengo algún problema o necesito consejos médicos acerca de mi aborto, puedo buscar ayuda en DSFP durante las horas normales de trabajo, y que el personal DSFP también están disponibles las 24 horas del día por teléfono.

_____ Yo entiendo que si tengo alguna pregunta o complicaciones, es mi responsabilidad contactar DSFP. Si he de ser incapaz de llegar a DSFP a través de su servicio de contestador las 24 horas, es mi responsabilidad buscar cualquier atención de emergencia está disponible. La responsabilidad financiera



de la atención prestada por DSFP no es mía, sin embargo, cualquier atención de emergencia proporcionada por DSFP es sin costo adicional para mí.

_____ Yo autorizo a la disposición de cualquier tejido extraído, de conformidad con la ley estatal aplicable.

_____ Doy mi consentimiento para el intercambio de historias clínicas entre Desert Star Planificación Familiar y cualquier otro proveedor, médico, hospital, o clínica referente a mi tratamiento médico.

_____ Soy plenamente consciente de, y entiendo perfectamente, toda la información proporcionada en este formulario de consentimiento. Voluntariamente doy mi consentimiento para la realización de un procedimiento de aborto quirúrgico. Yo libero DSFP, los médicos que asisten, y su personal de cualquier tipo de responsabilidad por cualquier condición que resulta de la realización de este procedimiento.

Los elementos de este cuadro no se aplican a todos los procedimientos de aborto quirúrgicos realizados en DSFP. (Por favor, pida a un miembro del personal si no está seguro acerca de si los tres puntos son aplicables.)

- Se me ha informado y entiendo a mi entera satisfacción, que mi procedimiento de aborto en DSFP requerirá el uso de laminaria (dilatadores cervicales), el misoprostol, o ambos, para la preparación de mi cuello.
- Entiendo que la preparación del cuello uterino es el comienzo de mi procedimiento de aborto. Me doy cuenta de que tengo que estar completamente seguro de mi decisión de tener un aborto antes de empezar la fase de preparación cervical del procedimiento. Soy consciente de que no continuar con el aborto después de la preparación del cuello uterino es en contra del consejo médico DSFP, y puede causar complicaciones que incluyen, pero no se limitan a, infección, aborto involuntario, y sangrado excesivo.
- Entiendo que los riesgos de laminaria inserción incluyen, pero no están limitados a:
 - a. la perforación del cuello del útero o el útero;
 - b. punción de la bolsa amniótica ("bolsa de agua ");
 - c. aborto espontáneo;
 - d. infección;
 - e. reacción alérgica.

El consentimiento a un procedimiento de aborto quirúrgico en Desert Star Family Planning en esta fecha. He recibido instrucciones escritas para mi cuidado posterior, después del procedimiento de aborto, y comprender estas instrucciones.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del testigo: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

This patient, named above, has received an explanation of the nature, purpose, benefits, risks, and alternatives to the proposed procedure. I have offered to answer any questions, and have fully answered any questions from the Patient. I believe that this patient fully understands the procedure, and its possible consequences, and has made a fully informed decision to consent to the procedure.

Physician signature: _____ Date: ____ / ____ / ____