



Consentimiento Para el Aborto con Mifepristone

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Certifico que lo siguiente es verdadero:

Yo me hago responsable por la decisión de tener un aborto. Estoy segura con mi decisión y entiendo que cuando tome la tableta Mifepristone, ya no puedo cambiar mi decisión.

Yo tengo 18 o más años de edad o tengo menos de 18 años de edad y tengo la participación de mi(s) padre(s).

Al circular NO, certifico que no tengo ninguna de las siguientes condiciones:

- Sí/ No Anemia de glóbulos falciformes (Sickle Cell Anemia), leucemia, talasemia, o anemia fuerte con una Hemoglobina menos de 10
- Sí/ No Enfermedad del Corazón que es clase 3 o más alto
- Sí/ No Insuficiencia Suprarrenal
- Sí/ No Un instrumento intrauterino puesto
- Sí/ No Algún desorden de coagulación de sangre y/o alguna condición medica que requiera que tome anticoagulantes como Aspirina (ASA), Coumadin (Warfarin) o Heparin
- Sí/ No Epilepsia o ataque repentino que no esté controlado con medicamentos
- Sí/ No Desarreglo inflamatorio de los intestinos (como colitis, Crohns, o síndrome del intestino irritado)
- Sí/ No Adicción a las drogas o alcohol que no esté bajo tratamiento efectivo
- Sí/ No Alérgica al Mifepristone o Misoprostol (Cytotec)
- Sí/ No Presión alta no controlada con medicamentos
- Sí/ No Uso prolongado de los corticoesteroides
- Sí/ No Porfiria
- Sí/ No Embarazo Ectópico (ubicado en los trompas) confirmado o sospechoso

Yo entiendo que la medicina Mifepristone es una droga aprobada por el FDA (la Administración de Alimento y Drogas) es usado para abortos y la medicina Misoprostol es aprobada para prevenir úlceras en el estomago.

Yo reconozco que hay posibles efectos secundarios de las drogas Mifepristone y Misoprostol. La medicina Mifepristone quizás le cause náusea, diarrea y sangrado. Los posibles efectos secundarios del Misoprostol incluyen pero no esta limitados a náusea, vomito, diarrea, fiebre, dolor de abdomen y cólicos. Hay un riesgo muy pequeño pero posible de hemorragia que puede necesitar tratamiento de emergencia, hospitalización, y transfusión de sangre.

Yo entiendo que las cuatro tabletas de Misoprostol que serán puestos entre el cachete y encías pueden resultar en cólicos que puede ser moderado o muy fuerte por muchas horas, y las pastillas para el dolor quizás no ayude con el dolor completamente. Yo entiendo que el resultado de usar las pastillas de Misoprostol es para el propósito de abortar el embarazo y tiene un 95% de éxito. Entiendo que el Mifepristone es un poco menos efectivo si el embarazo es entre 49-70 días, y he tenido la oportunidad de preguntar sobre los porcentajes de éxitos y fracasos. Entiendo que quizás pueda o no ver el saco del óvulo, embrión, placenta, tejido relacionado con el embarazo, no puede ser exactamente predecible cuando el embarazo sea abortado.

Yo entiendo que por mi seguridad, en caso de hemorragia o cualquier emergencia, al poner las tabletas de Misoprostol entre las mejillas y encías necesito un teléfono disponible y una persona de apoyo conmigo o a quien yo pueda llamar y que este disponible en el teléfono y que tenga acceso a un carro y puede llevarme donde sea necesario durante el tiempo de aborto.

He sido notificada y estoy de acuerdo a permanecer a una distancia razonable de Presidential Women's Center desde el momento que tome la primera tableta oralmente por un mínimo de dos semanas o hasta que yo sea avisada que es seguro salir del área. Yo entiendo que hay una posibilidad de que yo requiera atención medica antes de la visita de seguimiento que Presidential Women's Center proveerá. Si yo decido no permanecer en el área y no puedo regresar al Centro para mi cuidado medico, yo soy responsable de los costos. Yo libero al Centro de cualquier responsabilidad si yo decido no permanecer en el área.

Yo doy mi consentimiento de recibir todas las medicinas, inyecciones, exámenes pélvicos, y realizarme exámenes de sangre y orina, ultrasonidos en Presidential Women's Center en el transcurso de mi tratamiento.

Yo entiendo que quizás necesitare tratamiento médico y/o cirugía de emergencia en caso de serias complicaciones incluyendo histerectomía. Acepto la responsabilidad por cualquier y todo costo por tratamiento fuera de Presidential Women's Center. También doy mi consentimiento a Presidential Women's Center para dar a y/u obtener mi historial medico de los doctores u hospital donde reciba tratamiento por una complicación o emergencia.

Iniciales por favor: _____

Yo entiendo que es posible que haya un embarazo coexistente (gemelos) en una de las trompas de Falopio, y que el Mifepristone no abortará un embarazo ectópico (ubicada en los trompas). Embarazos ubicados en los trompas se pueden reventar y puede ocasionar la muerte si no es tratado a tiempo.

Yo entiendo que al fallar en regresar para mi ultrasonido de examen posterior dentro de un mes, yo seré responsable por el costo de la cirugía del aborto quirúrgico. Yo entiendo que hay un riesgo leve de las posibles complicaciones con un aborto quirúrgico y los riesgos aumentan después del primer trimestre de embarazo: infección, hemorragia, aborto incompleto, desgarre o perforación del útero, cerviz, intestinos, o vejiga, reacción de la anestesia, tejido de cicatriz en el útero, y posible muerte. Yo entiendo que el riesgo de muerte (mortalidad) es mucho mas grande que el de dar a luz, que un aborto en el primer trimestre o un aborto con la pastilla, pero esa mortalidad existe en cualquier embarazo. He sido notificada por el doctor de los riesgos médicos particulares de llevar un embarazo a término completo para la mujer y el feto. Las complicaciones asociadas con la interrupción de un embarazo son generalmente consideradas no más severas, y en la mayoría de los casos menos severas, que esas asociadas a el parto. Yo he sido informada por el doctor acerca de la edad gestacional de el feto.

Yo entiendo completamente que el propósito de el procedimiento es interrumpir el embarazo, y yo afirmo que yo personalmente he decidido tener una interrupción de embarazo en vez de la alternativa que seria continuar el embarazo. El Centro me ha informado de la disponibilidad de servicios de agencias sociales si yo decidiera continuar el embarazo. Ninguno de los miembros del personal en el Centro, ni ninguna otra persona me ha presionado a tomar la decisión de interrumpir este embarazo en el Centro.

Su cita para su examen posterior es _____ a _____. Es imperativo que usted regrese para esta cita aunque piense que ya no está embarazada. La única manera para confirmar el éxito de este proceso es con un ultrasonido. Si usted no regresa para esta cita usted va a recibir una llamada por teléfono. El número de teléfono al cual se me llamará es: _____. Yo entiendo que si no regreso para mi cita de seguimiento y se me llama por teléfono esto puede poner en riesgo la confidencialidad de mi visita.

_____ (iniciales) Yo he recibido las instrucciones para el aborto con pastilla para llevar a casa. Yo he leído la información y he tenido la oportunidad de hacer preguntas al médico y he recibido las respuestas a las preguntas a mi satisfacción.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Firma del Medico que reviso

Fecha

Firma del Medico

Fecha