Whole Woman's Health
Consentimiento de Aborto Quirúrgico
Favor de firmar con sus iniciales después de leer.

_____ Yo he leído, discutido, y entiendo el paquete "INFORMACION SOBRE SERVICIOS DE ABORTO" que incluye las "INSTRUCCIONES POST-OPERATORIAS."

_____ Yo tomo responsabilidad completa por esta decisión y consiento a los procedimientos médicos y quirúrgicos para tratar de terminar mi embarazo. Consiento en ser tratada médicamente por un doctor de Whole Woman's Health, Dr. _____, y los agentes o empleados de Whole Woman's Health.

_____ Consiento en que el doctor o la asistente del doctor me de medicina para aliviar el dolor, o otros medicamentos que el doctor sienta que son necesarios para mi cuidado. Tengo alergias a: _____.

_____ Comprendo que el tejido feto removido durante el procedimiento de aborto se desechara según pautas legales y sanitarias.

_____ Whole Woman's Health tiene un programa de entrenamiento para enseñar a médicos licenciados abortos quirúrgicos. Acuerdo a que un medico licenciado y asociado con Whole Woman's Health en entranimiento me trate, Dr._____. (Opcional)

_____ Yo entiendo que cuando posible, seré tratada por cualquier complicación que resulte por Whole Woman's Health sin costo adicional. Sin embargo, si mi hospitalización es necesaria, yo entiendo que seré responsable de cualquier costo.

_____ También entiendo que en la rara circunstancia que resulte en mi hospitalización, Whole Woman's Health no será hecho responsable de cualquier quebrantara de confidencialidad. Entiendo que en casos de emergencia, a veces es necesario comunicarse con terceras personas, particularmente los padres de menores.

_____ Le doy permiso a Whole Woman's Health para conseguir mis documentos médicos de cualquier doctor que me trate por una complicación.

He leído y entiendo las alternativas, los beneficios y los riesgos asociados con los el procedimiento de aborto, incluyendo:

1. ALTERNATIVAS: Las mujeres embarazadas pueden decidir continuar con el embarazo o terminarlo y dependiendo en el fin del embarazo se decide en criar al niño o en ofrecerlo en adopción. Cada opción tiene beneficios y riesgos. Se necesita considerar las opciones cuidadosamente para tomar la mejor decisión para sí misma.

2. BENEFICIOS: El aborto, la adopción y el criar al niño: cada uno tiene beneficios dependiendo de la persona, el tiempo en ocurre el embarazo y la situación. Los beneficios de seguir con el embarazo o de tener el aborto varían con cada persona.

3. RIESGOS: El aborto es un procedimiento quirúrgico del menor grado. Como cualquier cirugía, es posible que ocurra un problema durante o después del procedimiento que requiere tratamiento médico. Es importante saber los riesgos y tomarlos en cuenta cuando se toma la decisión. Los riesgos posibles incluyen pero no están limitados a lo siguiente (firma sus iniciales en cada línea).

_____ INFECCION: Con muy poca frecuencia se presenta una infección en el útero o la pelvis después del aborto. Se disminuye la posibilidad de infección si sigue las instrucciones post-operatorias y toma los antibióticos recetados. Una infección se puede tratar con medicamento para evitar daño a largo plazo, si la mujer busca atención médica durante las primeras etapas de la infección. En algunos casos una infección llega a ser grave y puede causar daño permanente, como el perder la habilidad de tener niños. Llámenos inmediatamente si Ud. piensa que tiene una de estos síntomas de infección: el deshecho vaginal de mal olor, la temperatura de 100.4°F (38°C) o más, o dolor abdominal severo.

_____ ABORTO INCOMPLETO: Es posible que una parte del tejido del embarazo todavía se queda en el útero después del aborto. El aborto incompleto puede causar sangrado severo (hemorragia), infección, sangrado por más de 3 semanas, y el dolor abdominal severo. Llámenos inmediatamente si tiene uno de estos síntomas. También es importante regresar para la cita de revisión 2 o 3 semanas después del aborto.

_____ CONTINUACION DEL EMBARAZO: Ocurre con muy poca frecuencia que la mujer todavía se queda embarazada después del aborto. Las causas posibles incluyen: un embarazo de gemelos o múltiple, el embarazo temprano, el embarazo ectópico, o una anormalidad del útero. El embarazo ectópico es una emergencia médica que requiere más pruebas inmediatas, tratamiento y posiblemente hospitalización y cirugía. El aborto fallado se puede descubrir durante la cita de revisión.

_____ PERFORACION O LACERACION: En menos de 1% de los casos, una laceración puede suceder en el útero, la cerviz, las entrañas o la vesícula durante el aborto y puede resultar en perder la habilidad de tener niños, hemorragia, o la muerte. El tratamiento depende de la severidad y la localización de la herida. El tratamiento puede incluir pero no está limitado en observación, cirugía menor, hospitalización, y extirpación del útero (la histerectomía).

_____ SANGRADO EXCESIVO: El sangrado excesivo puede ocurrir dentro de o fuera del cuerpo durante o después del aborto. El tratamiento depende de la causa del sangrado y puede incluir pero no está limitado en observación, medicamento, hospitalización, transfusión u otra cirugía. Es importante que nos comunique si satura 2 toallas sanitarias o más dentro de una hora.

_____ REACCION A LA ANESTESIA: En menos de 1% de los casos, la persona experimenta una reacción grave como el arresto respiratorio (parar de respirara), arresto cardiaco (corazón para de latir), convulsiones o la falta de conciencia por mucho tiempo. Favor de avisarnos si antes se ha experimentado una reacción como éstas con la anestesia.

_____ EMBULIA DEL FLUIDO AMNIOTICO (CONDICION ANAPHLYLACTIC): Esta complicación extremadamente rara puede ocurrir durante el parto, “miscarriage” (aborto espontaneo o natural) o el aborto. La teoría corriente sugiere que los anticuerpos del feto provocan una reacción alérgica en el corazón de la mujer, causando que se pare el corazón, y resultando en una coma o la muerte. No se puede prevenir ni evitar.

_____ EL SINDROME ASHERMAN: Después de tener el aborto, una cicatriz puede formar en el útero, lo cual podría resultar en problemas de la maternidad. La frecuencia de esta complicación es desconocida pero se considera rara.

_____ EL SINDROME DE POST-ABORTO: Es una condición física que ocurre cuando el útero se llena de coágulos de sangre que no traspasan y esto causa dolores severos. Los tratamientos posibles incluyen el masaje del útero, medicamento, o el hacer de nuevo el procedimiento para remover los coágulos.

_____ RIESGO DE MORTALIDAD: Tal como hay el riesgo de muerte como resultado del aborto, también hay riesgo de muerte del parto natural. El riesgo fatal por parto es mucho más que lo del aborto del primer trimestre (1-10 semanas de gestación). En el segundo trimestre (de 10 a 22 semanas de gestación) el riesgo fatal es igual al del parto natural.

Revised Feb 2010
Revised Feb. 2012

_____ EL CANCER DEL SENO: NO HAY RELACION COMPROBADA: Aunque *algunos* estudios sugieren que hay vínculo entre el aborto y el cáncer del seno, la Organización de la Salud Mundial, la Sociedad Americana de Cáncer y el Instituto Nacional del Cáncer concluyen que no hay evidencia comprobada de que el aborto cause cáncer del seno.

_____ PREOCUPACIONES EMOCIONALES: Mujeres experiencian una variedad de reacciones emocionales después de un aborto. Es muy común sentir alivio y/o tristeza. Es muy raro sentir agotamiento emocional severo (menos de un 10%), pero si la mujer tiene una condición existente, como la depresión, puede ser más común. Tratamiento o referencias son disponibles en Whole Woman's Health para tu cuidado emocional después de tu aborto.

RECONOCIMIENTO DE ENTENDIMIENTO

He hablado sobre esto y he hecho todas mis preguntas a una empleada o un doctor de Whole Woman's Health antes de empezar el procedimiento.

_____ _____

Firma de la paciente Fecha

_____

Nombre de paciente (en letra molde)

_____ _____

Firma de empleada Fecha

CONSENTIMIENTO DE LA SEDACION INTRAVENOSA CONSCIENTE
Favor de firmar con sus iniciales después de leer.

_____ He leído la información sobre la sedación intravenosa, y todo se me ha sido explicado.

_____ No he tomado ninguna medicina que puede provocar sueño ni he usado drogas de la calle en las ultimas 24 horas, y no estoy tomando metadona.

_____ Entiendo que el sedante consciente puede cambiar a un sedante profundo y /o que puedo perder la conciencia debido a los medicamentos administrados, tanto como a mi susceptibilidad a las medicinas o los sedantes.

_____Yo entiendo y reconozco que no se me ha hecho, por ninguna empleada, ninguna garantía o aseguranza sobre los resultados del anestésico (es posible que no me quite todo el dolor). Ninguna empleada o representante de Whole Woman's Health esta autorizada en hacer ninguna promesa sobre el anestésico.

_____ Entiendo que todos los tipos de sedantes tienen ciertos riesgos y complicaciones posibles. Estas incluyen, pero no están limitadas a: reacciones alérgicas, flebitis (infección de la vena), daño o falta de funcionamiento al hígado, los riñones, el corazón y/o el cerebro; y la muerte.

_____ Entiendo que después de recibir el sedante hoy, no debo beber alcohol, manejar un auto, trabajar con máquinas peligrosas o tomar decisiones importantes por 24 horas. Después del procedimiento, _____ va a llevarme a casa.

_____ Una empleada de la clínica ha contestado todas mis preguntas. Reconozco que comprendo el uso de la sedación intravenosa y pido que se me la administren.

_____ _____
Firma de la paciente Fecha

_____
Nombre de paciente (en letra molde)

_____ _____
Firma de empleada Fecha

Revised Feb 2010
Revised Feb. 2012