

**Whole Woman's Health of Austin
Counseling Worksheet**

Nombre _____ Fecha _____

1. POR FAVOR MARQUE TODO LO QUE LE PREOCUPE HOY:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No entiendo como se hace un aborto. | <input type="checkbox"/> Me preocupa como evitar embarazarme en el futuro. |
| <input type="checkbox"/> No estoy segura de mi decisión de tener un aborto. | <input type="checkbox"/> Estoy pensando en como me iré a sentir después. |
| <input type="checkbox"/> Tengo miedo que la gente se entere de mi decisión/
me vayan a juzgar. | <input type="checkbox"/> Estoy preocupada de que no vaya a ser capaz de tener
hijos en el futuro. |
| <input type="checkbox"/> Sé que me voy a arrepentir de haber tenido un aborto. | <input type="checkbox"/> ¿El procedimiento va a doler? |
| <input type="checkbox"/> Mi relación con mi pareja / familia. | <input type="checkbox"/> Complicaciones posibles antes y después del aborto. |
| <input type="checkbox"/> Nunca pensé que tuviera un aborto. | <input type="checkbox"/> Mis creencias religiosas o espirituales. |
| <input type="checkbox"/> No tengo nadie con quien puedo hablar de esto. | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

2. Seleccione como se sienta (sujetar "shift" para seleccionar más de uno):

Otro _____

3. ¿Cuál(es) es el nombre(s) de la persona que vino con Ud. a la clínica hoy?

Relación _____ El número de teléfono de él/ella (durante el día) _____

Si es posible, desea que la persona esté con usted durante:

€ ultrasonido € revisión de historia medica € laboratorio € consejo € procedimiento de aborto € recuperación

4. ¿Ha considerado opciones además del aborto; cuales fueron?

5. Fue una decisión difícil _____ o fácil _____ (marque uno).

6. ¿De quién es la decisión de realizar este aborto?

¿Ha hablado con alguien acerca de su decisión? _____ ¿Quièn(es)? _____

7. ¿El hombre involucrado sabe de su decisión? _____ Si él sabe, ¿apoya su decisión? _____

8. ¿Cuáles son sus pensamientos hoy en relación a terminar este embarazo? _____

9. ¿Ha tenido Ud. experiencias difíciles con embarazos anteriores? _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA - CONSEJO PRE-OPERATIVO INDIVIDUAL

Se ha discutido la siguiente información con la paciente (se debe firmar en la presencia de una consejera):

La paciente ha considerado todas sus opciones con respecto a este embarazo; aborto, adopción, y la continuación del embarazo.

La paciente ha tomado su propia decisión de terminar este embarazo, y esta completamente segura de su decisión.

Se han discutido con la paciente el procedimiento, instrucciones post-operatorias, y los medicamentos.

La paciente ha seleccionado el siguiente método anticonceptivo.

Yo, _____, he sido informada de toda la información anterior.

Firma de la Paciente

Yo, _____, he discutido con la paciente toda la información anterior.

Firma de la Consejera

Notas de la Consejera:
