

Estimado Paciente,

Para su conveniencia hemos hecho formas en avanzado para su cita. Las formas de *informacion medica y consento de terminacion* pueden ser completadas en su casa. Traiga las formas completadas a cuando venga a su cita. Lea todo el material completo antes de llenar las formas. Si tiene preguntas las enfermeras de la clinica le pueden asistir.

Nombre: Apellido _____ **Primero** _____ **Segundo nombre** _____

Domicilio _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ Zona Postal _____
 Numero de telefono _____ Telefono de trabajo _____ Ocupacion _____
 Estado Civil: _____ Niños _____ Edades _____ Abortos _____
 Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Ha venido a la clinica anteriormente? _____ Cuando? _____
 CUAL FUE EL PRIMER DIA DE SU ULTIMO PERIODO MESTRUAL NORMAL?
 Nombre de la persona que la acompaña a la clinica _____
 Nombre de su doctor _____ Como se entero de esta clinica? _____
 Direccion _____ Ciudad, Estado _____ Zona Postal _____

INFORMACION MEDICA

Enfermedades recientes o cronicas _____
 Nombre de la medicamento(s) que estas tomando _____
 Usted es alergica a alguna medicina ? _____
 Tienes el aparato dispositivo puesto? Si No
 Por favor de leer y marcar si tuvo o tiene algun problema de esta lista:

_____ Operación abdominal	_____ Ulcera o enfermedades del	_____ Enfermedad en el
_____ Sangre abnormal	estomago o interstinos	higado
_____ Alergias o asma	_____ Epilepsia	_____ Condiciones en el
_____ Anemia	_____ Hemorroides/Enfermedad	pulmon
_____ Problemas de su espalda	en el recto	_____ Operaciones
_____ Cancer	_____ Baja o alta presion	_____ Reacciones severas
_____ Convulciones	_____ Enfermedad en los riñones	a alguna anestesia
_____ Enfermedad en los pechos	o vejiga	_____ Fiebre reumatica
_____ Problemas femeninos	_____ Dolor de cabeza	_____ Gonorrea/Sifilis

Por favor especifique algun otro problema o condicion que no este en las lista:

STAFF NOTES: R CO CWC URINE RESULTS:

SONOGRAM _____ **DATE:** _____ **INT** _____
 Notes: _____

STAFF NOTES/PHYSICIAN ORDERS CASHIER

LABS _____ DATE _____

FIRST

LAST

PERMISO INFORMADO AL TRATAMIENTO, ANESTETICO Y OTROS SERVICIOS MEDICOS

YO, _____ TENGO _____ AÑOS DE EDAD Y NACI EL ____/____/____. Y ESTOY DE ACUERDO A TENER UN ABORTO EN AAA CONCERNED WOMEN'S CENTER POR DILATACION Y ASPIRACION POR EL DOCTOR NOVICK, O MEDICO ASOCIADO.

PONGA SUS INICIALES AL LEER:

- _____ 1. YO HE CONTADO MI PRESENTE Y PASADO DE MI HISTORIA MEDICA, INCLUYENDO ALERGIAS, CONDICIONES DE SANGRE Y MEDICAMENTOS QUE HE TOMADO Y LAS REACCIONES QUE HE TENIDO CON ANESTETICOS MEDICINAS Y DROGAS.
- _____ 2. El primer dia de mi ultima regla normal fue: _____ El periodo fue (indique uno)
Normal Fuerte Ligero
- _____ 3. Yo le doy mi permiso a mi medico o sus asistentes para darme anestesia o medicinas para el dolor que sean necesarios o prudentes. Comprendo que los anesteticos locales no eliminan siempre del todo el dolor y en un numero muy pequeño los anesteticos causan reacciones muy severas, como postacion nervios para cardiaco, o inconsiante prolongado, y comprendo que no me hacen garantia al contrario.
- _____ 4. Yo comprendo que el proposito de este procedimiento es para terminar con mi embarazo, y afirmo que esta es mi decision personal, según a la alternativa de continuar con este embarazo. Y que nadie me ha forzado o me ha obligado ha hacer esta decision.
- _____ 5. Yo estoy de acuerdo a que me saquen sangre, cultivos, y otras pruebas, examines procedimientos sean o no sean relacionados con mi presente condicion medica. Comprendo que es posible que las asistentes o enfermeras encuentren algunos y complicaciones y tratamientos.
- _____ 6. Comprendo que durante el aborto se removeran tejidos, y doy permiso a la clinica o medico para disponerlos en una manera que se crea mejor apropiada.
- _____ 7. Comprendo que la complicaciones asociadas con el aborto son menos frecuentes que las asociadas con el parto. Comprendo que en un parto de 100.000 mujeres 15 a 20 mujeres no salen vivas y que en el aborto de 5 a 10 veces mas seguro. Sin embargo, comprendo que hay riesgos y complicaciones menores y mayores y que es posible que ocurran en este procedimiento, como en todos los procedimientos de cirugia. Estoy de acuerdo que hay posibilidad de la perforacion o rasgon del utero o del cervix (de de 1.000 2 a 4 casos) o posibilidad de un embarazo continuado, ectopia, gemelos, aborto incompleto 1 de 2.000 casos. Comprendo que hay la posibilidad que no todo el tejido sea removido, o que ocurra un desangramiento severos 1 de 1.000 casos, una causa de esta puede ser una hysterectomia necesaria.
- _____ 8. Yo comprendo que si alguna complicacion mayor sucede y tengo que ser hospitalizada, los gastos correran por mi cuenta y responsabilidad.
- _____ 9. Comprendo que es posible a reaciones malas a las medicinas o a los anesteticos, que es posible que tenga dolor, calambres o convulsiones y que es posible que tenga reacciones menores o severos a cualquier anticonseptivo que yo use mas tarde. Mas me doy cuenta que es posible que complicaciones se causen por mis propias condiciones medicas que existan, o de mi comportamiento del tratamiento siguiente por un medico que no sea familiar al aborto del primer trimestre o su complicacion.
- _____ 10. Comprendo que se juzga la practica de mi medico según las normas aceptables para otros medicos que practican en los Estados Unidos.
- _____ 11. Comprendo las posibilidad de endometriosis o infeccion del pelvis pueden ocurrir despues de este procedimiento, que se requieren antibiotico, hospitalizacion y/o cirugia.
- _____ 12. Cuando hice mi cita recibí los documentos identificando el Departamento de Salud de Texas diciendo que es las agencias responsable de investigaciones para clinica de abortos.
- _____ 13. A la hora de admision he recibido las instrucciones de mi cuidado despues del aborto.
- _____ 14. Comprendo que mi medico o enfermera me contestaran cualquier pregunta que tenga antes o despues de salir de la clinica, y que puedo llamar a este numero de telefono inmediatamente (713) 988-2200.

Yo afirmo que tendre un examen pelvico de 21 a 28 dias de la terminacion del embarazo. Yo escojo:

_____ Volvere a AAA Concerned Women's Center para este examen.

_____ Volvere a mi propio doctor.

_____ Doy el permiso a AAA Concerned Women's Center para mandar mi expediente medico a mi doctor.

Nombre del doctor _____ Direccion _____

Firma del paciente: _____

Yo he leído y comprendo completamente los párrafos dichos. Una enfermera o consejera han discutido conmigo el procedimiento del aborto y el permiso confirmado del aborto. Comprendo la informacion que me han presentado, fundado en la informacion que me han presentado y en base de esta informacion proveida decido en seguir adelante con el procedimiento del aborto para terminar mi embarazo.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Hora _____ **am pm**

Testigo _____

Fecha _____

Hora _____ **am pm**

Al paciente: Por favor lea esta informacion se le a abisado que es necesario tener un ultrasonido para evaluar la edad gestacional y la region pelvica para fibromas y/o quistes que son necesarios para la seguridad del procedimiento. Los honorarios del ultrasonido son 125.00 dolares y son incluidos en el costo del procedimiento. Si por alguna razon no se puede hacer el aborto, los costos de los servicios que se han hecho en AAA Concerned Women's Center hasta ese tiempo seran cobrados individualmente.

Los costos son los siguientes:

Ultrasonido	\$125.00
Laboratorios Basicos	\$25.00
Prueba de embarazo	\$25.00
Asesoramiento	\$25.00
Examen Pelvico	\$35.00
Prueba de sangre HCG	\$40.00 (si es necesario)

Firmando abajo, usted entiende y esta de acuerdo lo mencionado arriba.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Additional Notes/Patient Complaints/Phone Calls: _____

(please attach progress notes if more documentation is needed.)

Counseling Comments:

_____ Procedure and precautions explained to patient; options for contraception explained; follow-up instructions provided and verbally reinforced; patient understands all information explained.

Other: _____

Counselor's Signature: _____

LABORATORY

Preg. Test Results Positive _____ Negative _____ Medication Allergies _____

Blood: Hemoglobin _____ RH _____ HCG Serum _____ Other: _____

Comments: _____ Lab Technician _____ Date: _____

PHYSICAL EXAMINATION OR BY HISTORY

BP _____ Pulse _____ Temp. _____ Lab Technician: _____ Date: _____

Heart _____ Lungs _____ Breast _____ Abdomen _____ Pre-Op Pelvic _____

Emotional State _____ Pertinent Medical History _____

Physician Signature _____ Date: _____