



INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA ABORTO POR LA PÍLDORA

El propósito de este formulario es para informarle sobre el aborto por procedimiento píldora 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: 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 poder hacer en cualquier momento si decido que necesito más aclaraciones.
- Yo también entiendo que puedo elegir un aborto quirúrgico como alternativa al aborto por pastilla. Elijo un método pastilla para mi aborto. Entiendo que puedo solicitar un aborto quirúrgico en cualquier momento, incluso si ya he tomado las pastillas.
- Me han dado una explicación completa del aborto por procedimiento píldora que se utilizará para mi aborto, y qué esperar después del aborto. No tengo preguntas en este momento.
- Yo entiendo que el aborto por píldora 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 médico. 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 abundante, que puede requerir la aspiración uterina;
 - b. un aborto incompleto o aborto retenido, lo cual puede requerir aspiración;
 - c. infección del útero, las trompas de Falopio o los ovarios;
 - d. emocional alterado;
 - e. Reacción alérgica a los medicamentos u otros productos;
 - f. la muerte.
- Certifico que no tengo planes de viajar en las próximas dos (2) semanas después de comenzar el procedimiento de aborto por pastilla.
- 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.
- 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 está 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, que es mi responsabilidad de buscar cualquier atención de emergencia están 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.
- _____ 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 aborto por procedimiento píldora. 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.

• Se me ha informado, y entiendo a mi entera satisfacción, que mi procedimiento de aborto en DSFP requerirá el uso de dos medicamentos: mifepristone y misoprostol.

• Entiendo que tomar mifepristone 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 tomar la mifepristone. Soy consciente de que no continuar con el aborto después de tomar mifepristone es en contra del consejo médico DSFP, y puede causar complicaciones que incluyen, pero no se limitan a, aborto involuntario, sangrado excesivo, y ciertos defectos de nacimiento si el embarazo se lleve a término.

Doy mi consentimiento para el aborto por procedimiento píldora a 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: ____ / ____ / ____

Este paciente, antes mencionado, ha recibido una explicación de la naturaleza, finalidad, beneficios, riesgos y alternativas al procedimiento propuesto. Me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he respondido totalmente a cualquier pregunta de la paciente. Creo que este paciente entiende completamente el procedimiento y sus posibles consecuencias, y ha tomado una decisión con pleno conocimiento de su consentimiento para el procedimiento.

Firma del médico: _____ Fecha: ____ / ____ / ____