

**NAME:**  
**DOCTOR: CHANG**

**DOB:**  
7/21/2010 2:03 PM

**SS#**

## Informacion de Mifeprex (Mifepristone)

Mifeprex es utilizado, junto con otro medicamento llamado misoprostol, para terminar un embarazo temprano (plazo de 49 días después del comienzo de una mujer último período menstrual). Desde su aprobación en septiembre de 2000, la Food and Drug Administration ha recibido informes de graves acontecimientos adversos, incluidas varias muertes, en los Estados Unidos tras aborto médico con mifepristone y misoprostol. Cada vez FDA recibe un informe de un efecto adverso grave o muerte después aborto médico con estos medicamentos, la agencia cuidadosamente analiza la información científica disponible para determinar si es o no el efecto adverso grave o muerte está relacionado con el uso de la droga.

Como se informó anteriormente por la agencia, varias de las mujeres que murieron en los Estados Unidos murió a causa de sepsis (grave enfermedad causada por la infección del torrente sanguíneo) tras aborto médico con mifepristona y misoprostol. La Sepsis es un riesgo conocido relacionados con cualquier tipo de aborto. La mayoría de estas mujeres estaban infectadas con el mismo tipo de bacterias, conocido como Clostridium sordellii. Los síntomas en estos casos de infección no fueron los síntomas usuales de sepsis. No sabemos si el uso mifepristona y misoprostol ha causado estas muertes.

Los pacientes deben contactar a un profesional de la salud enseguida si han tomado estos medicamentos para aborto médico y desarrollan dolor de estómago o molestia, o tienen debilidad, náuseas, vómitos o diarrea con o sin fiebre, más de 24 horas después de tomar el misoprostol. Estos síntomas, incluso sin fiebre, puede indicar sepsis. Los pacientes deben asegurarse de que sus profesional de la salud sepa que están experimentando un aborto médico.

Todos los proveedores de aborto médico y sala de emergencias profesional de la salud debe investigar la posibilidad de sepsis en mujeres que están experimentando aborto médico y presente con náuseas, vómitos o diarrea y debilidad con o sin dolor abdominal. Estos síntomas aún sin fiebre puede indicar una infección oculta. Fuerte debe considerarse la posibilidad de obtener un conteo completo de sangre en estos pacientes. Importantes leucocitosis con un marcado desplazamiento izquierdo y hemoconcentración puede ser indicativo de sepsis.

La FDA recomienda que los profesionales de la salud tengan un alto índice de sospecha de infección grave y sepsis en pacientes con esta presentación y examinen de inmediato e inicien el tratamiento con antibióticos que incluye la cobertura de bacterias anaeróbicas como el Clostridium sordellii.

La FDA no tiene suficiente información para recomendar el uso de antibióticos profilácticos para mujeres con un aborto médico. Informes de víctimas mortales sepsis en mujeres que atraviesan aborto médico son muy raros (aproximadamente 1 en 100,000 uso de antibióticos profilácticos lleva su propio riesgo de reacciones adversas graves como graves o mortales reacciones alérgicas. También, la profilaxis uso de antibióticos puede estimular el crecimiento de "superbugs", bacterias resistentes a antibióticos cotidiana. Por último, no se sabe que antibiótico y régimen (qué dosis y por cuánto tiempo) será efectiva en casos como los que se han producido.

Estas recomendaciones son coherentes con las advertencias en la información sobre la prescripción y la información para el paciente en la Guía del medicamento para Mifeprex.

El aprobado Mifeprex régimen de un aborto médico por 49 días, el embarazo es:

- Día Uno: Mifeprex Administración: 3 tabletas de 200 mg de Mifeprex verbalmente a la vez
- Día Tres: Misoprostol Administración: 2 tabletas de 200 mcg de misoprostol verbalmente a la vez

**NAME:**  
**DOCTOR: CHANG**

**DOB:**  
7/21/2010 2:03 PM



**SS#**

- Día 14: Post-Tratamiento: El paciente debe volver a confirmar que una terminación ha ocurrido. Si no, quirúrgico terminación se recomienda para gestionar aborto médico fracasos de tratamiento.

La seguridad y la eficacia de los demás Mifeprex regímenes de dosificación, incluido el uso de anticonceptivos orales misoprostol tabletas intravaginally, no ha sido establecida por la FDA.

El 11 de mayo, 2006, la FDA, en conjunción con los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y el Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas (NIAID), realizó un taller público. Este taller, titulado "Emergentes Clostridium Enfermedad", analizó la científica y médica circunstancias asociadas con informes de la morbilidad y mortalidad con Clostridium sordellii y Clostridium difficile infecciones. Información relativa a la incipiente Clostridium Enfermedad Taller público puede encontrarse en:

[http://www.fda.gov/cder/meeting/clostridia\\_disease.htm](http://www.fda.gov/cder/meeting/clostridia_disease.htm)

- [Questions and Answers](#) (issued 8/29/2007)
- [Mifeprex Label](#) (approved 7/19/2005)
  - [Medication Guide](#) 
  - [Patient Agreement](#) 
- [Public Workshop on Emerging Clostridial Disease](#), May 11, 2006

[Historical Information](#)

### **No Compre Mifeprex Por Internet**

- Usted no debe comprar Mifeprex en Internet porque usted pasara importantes garantías para proteger su salud (y la salud de los demás).
- Mifeprex tiene especial las restricciones de seguridad sobre cómo se distribuye al público. También, medicamentos adquiridos de fuentes de Internet no son los aprobados por la FDA versiones de las drogas, y no están sujetos a la FDA reglamentado, fabricación o controles FDA inspección de instalaciones de fabricación.

Para aprender más sobre la compra drogas segura, por favor vea:

- [Buying Prescription Medicines Online: A Consumer Safety Guide.](#)
- [FDA strengthens controls, issues consumer alert on importing certain prescription drugs](#)
- [FDA Import Alert](#)

 PDF requires the free [Adobe Acrobat Reader](#)

[↑ Back to Top](#)   [↙ Back to Drug Information](#)

Dia creado: 15 de Noviembre del 2004; Actualizado 29 de Agosto del 2007

NAME:  
DOCTOR: CHANG

DOB:  
7/21/2010 2:03 PM

SS#

## INSTRUCCIONES DE ABORTO MEDICO

Usted ha tomado Mifepristona (RU486) en la oficina y se le ha dado un conjunto de cuatro tabletas de Misoprostol (Cytotec). Entre 8 a 48 horas después de tomar la mifepristone, necesita poner todas las cuatro tabletas de Misoprostol entre la mejilla y encías (2 en cada lado), deje disolver por 30-45 minutos y luego tómelas con agua. Idealmente hacerlo durante el día, de modo que usted puede buscar atención médica si es necesario, y tener a alguien que sabe lo que sucede, justo en el caso.

Aproximadamente dentro unos minutos después de tomar las tabletas de Misoprostol usted debe empezar experimentar cólicos abdominales, similar a cólicos menstruales o quizá más fuerte. Usted debe comenzar sangrado aproximadamente 1 – 2 horas después de que empiezan los calambres. La mayoría de los pacientes tendrán un sangrado fuerte y pasarán el embarazo y tejido dentro de las 24 – 48 horas. Algunas mujeres pueden tener sangrado leve durante varios días y después pasar coágulos y embarazo/tejido. Después de pasar el tejido del embarazo su cólicos y sangrado gradualmente calmarán. Usted puede continuar sangrando por hasta varias semanas. Usted puede regresar a la actividad normal tan pronto como se siente capaz. Si un aborto espontáneo no se ha producido en la primera semana o así, usted puede necesitar más tabletas Misoprostol, o un aborto quirúrgico. Si ocurre eso llame a la oficina para una cita más cercana.

**Sangrado:** Si, después de pasar el embarazo/tejido, usted experimenta sangrado que satura completamente 2 toallas en una hora de lado a lado arriba hacia abajo por 2 horas consecutivas por favor llamar al centro a la brevedad posible al 410-391-1000 o 877-686-8220. Si su llamada se hace después horarios comerciales, luego siga las instrucciones del buzón de voz para llegar al médico de guardia. Si siente que es una emergencia entonces llame al 911 o vaya a la sala de emergencias.

**Dolores colicos:** Usted ha recibido una receta para Darvocet. Si usted está en importantes molestias puede tomar 1 – 2 pastillas cada 4 – 6 horas según sea necesario. Si aun tiene Dolores, puede tomar Ibuprofeno (Advil or Motrin) o Naproxeno (Aleve). No tome acetaminophen (Tylenol) porque el Darvocet ya tiene acetaminophen.

**Nausea Y Vomito:** Usted ha recibido una receta para Compazine. Tomar 1 tableta antes de tomar el Misoprostol y luego 1 tableta cada 4 a 6 horas según sea necesario par alas nauseas.

### **Una vez que ha comenzado sangrado:**

- NO tenga relaciones sexuales durante 2 semanas
- NO use tampones hasta después de su visita de seguimiento
- NO tome un baño de tina/ piscine por lo menos por una semana
- No use duchas vaginales
- No vaya a nadar durante una semana
- Evite levantar objetos pesados ( más de 25 libras ) por 1 semana

Su cita de seguimiento es extremadamente importante para evaluar el éxito del aborto médico como usted puede aún estar embarazada o tener un embarazo ectópico. Usted debe tener una cita de seguimiento 1-2 semanas después de tomar el Misoprostol. Por favor regrese al Centro para su visita de seguimiento. Su visita de seguimiento está programada para \_\_\_\_\_ si son incapaces de mantener esta cita por favor llámenos al 410-391-1000 a reprogramar.

**NAME:**  
**DOCTOR: CHANG**

**DOB:**  
**7/21/2010 2:03 PM**

**SS#**

NAME:  
DOCTOR: CHANG

DOB:  
7/21/2010 2:03 PM

SS#

*<sup>1</sup>Formulario de Registro de Pacientes y la Poliza Financiera*

Nombre_____	Segundo nombre_____	Apellido_____
<b>Fecha de Nacimiento</b> _____	<b>Seguro Social</b> _____	<b>Estado Civil</b> _____
Dirreccion_____	# De Apt_____	
Ciudad_____	Estado_____	Codigo Postal_____
Numero de Telefono_____	# de Trabajo_____	Ext_____ # de Celular_____
Empleador_____	Occupacion_____	
Nombre de Seguro_____	Tipo de Plan: _____	Nombre de Asegurado_____
Relacion_____	# de Poliza _____	# de Grupo_____
Informacion secundaria del seguro _____		
Nombre y Numero de Contacto de Emergencia : _____		

**Cobranza del Seguro Medico**

Los pacientes con cobertura de seguro medico a traves de una compania que esta practica acepta. Deben tener sus beneficios comprobados antes de cada visita a uno tercera parte (facturacion) se ofrece con las siguientes condiciones:

- 1) El estimado completo de un co-pago, co-seguro, y cualquier deducible pendiente son debidos en el momento de los servicios de acuerdo a las politicas de pago publicado. El co-pago estimado, co-seguro, o deducible (no satisfecho) puede no ser la carga real una vez que el reclamo ha sido procesado por la compania de seguros. Los pacientes puede recibir un reembolso por sobre carga o una facture por el saldo.**
- 2) Los pacientes deben proporcionar tarjeta de seguro y identificacon con foto en cada visita/cita.**
- 3) Los pacientes son responsables de obtener cualquier referencia necesaria antes de cada visita/cita.**

**Aunque nuestro personal hace todo lo posible para obtener informacion correcta de la compania de seguros, la verificacion de los beneficios no es una garantia de que la compania de seguros va a pagar el total o parte del reclamo.** La compania de seguros hace las determinacion de pago, basado en el nivel de cobertura del plan y las polizas asociadas al recibir el reclamo.

Por por la presente solicito el pago de los servicios medicos se haga a nombre de David M. O'Neil MD y Gynemed Surgical Center (que son dos entidades distintas) por los servicios prestados a mi persona. Autorizo a cualquier poseedor de informacion medico sobre mi asoltar la informacion mi compania de seguros o de intermediaries a la administracion de financiamiento de salud y sus agents a mi abogado, o a otra oficina medica e hospital.

**Entiendo que debido a que estos servicios se efectuara para mi, soy responsable de todos los cargos sean o no pagados por mi compania de seguro.** Si el pago es total o parcialmente negado, entiendo que mi compania de seguros espera que la practica me cobre directamente por servicios prestados y me comprometo a ser personalmente responsable del pago total. Si no pago el saldo de mi cuenta en el momento oportuno, yo entiendo que mi cuenta puede ser entregado a una agencias de collecciones, Estoy deacuerdo en pagar todos los costos asociados con esta accion, incluyendolos cargos de cobranza, honorarios de abogados, y costas judiciales.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

NAME:  
DOCTOR: CHANG

DOB:  
7/21/2010 2:03 PM

SS#

### Gynemed Surgical Center Calendario de Comun

Codigo CPT	Descripcion	Cargo	Codigo CPT	Descripcion	Cargo
99203	Visita a Oficina	95.00	59840	D&C Quirurgico	500.00
76830	Sonograma, TV	90.00	56302		
36415	Venopuncion	25.00	----	Pago por Facilidad	850.00
86901	Determinacion de Rh	15.00	99212	Visita de Seguimiento	45.00
90782/J2790	Inyeccion Rhogam	140.00			

La cantidad real pagado por una compania de seguros se basa en el nivel de cobertura del plan y programa de tarifas contradas. Por favor consulte a su explicasion de beneficios para informacion de pago.

#### **INFORMACION PARA PACIENTES QUE PAGAN ELLOS MISMO**

A fin de que nuestros servicios sean accesible a los pacientes sin cobertura de seguro de salud , nuestra practica ofrece un descuento significativo para los pacientes que pagan ellos mismos. Ofrecemos servicios de abortos quirurgicos a un precio de descuento que incluye ecografia transvaginal, analisis de sangre, y las inyecciones "Rhogam" para los pacientes con sangre tipo Rh negativa, el procedimiento quirurgico con sedacion intravenosa, antibioticos, y pastillas anticonceptivas si aplica se asume que los pacientes tienen una prueba positiva del embarazo antes de su cita para el aborto quirurgico. Los pacientes son responsables de llamar a Gynemed para programar su cita de seguimiento para aproximadamente dos semanas despues del procedimiento.

De hasta 12.0	Semanas	\$400.00	(As measured by transvaginal
12.1 – 13.0	Semanas	\$400.00	sonogram at Gynemed on date
13.1 – 14.0	Semanas	\$400.00	of procedure)
14.1 - 14.6	Semanas	\$400.00	
15.0 – 16.0	Semanas	\$800.00	
16.1 – 17.0	Semanas	\$950.00	
17.1 –18.0	Semanas	\$1,150.00	
18.1 – 19.0	Semanas	\$1,600.00	
19.1 – 20.0	Semanas	\$1,800.00	
20.1 – 21.0	Semanas	\$2,000.00	
21.1 – 22.0	Semanas	\$2,200.00	

Abortos Medico para aquellos que son menos de ocho semanas de embarazo: \$400.00  
Visita de seguimiento (plazo de diez dias) \$45.00

**\* Atencion: Los pacientes con cobertura de seguro medico no pagaran mas que el precio de paquete con descuento. Independiente de la responsabilidad indicada por su compania de seguro.**

En caso de que el procedimiento no se lleve a cabo por cualquier razon o circunstancia, los pacientes se le cobrara por cualquiera de los siguientes servicios que se ha realizado.

Ecografia Transvaginal	\$90.00	Examen medico/ Consulta	\$75.00
Ecografia Abdominal	\$90.00		
Extraccion de Sangre/Analisis	\$25.00	Prueba de embarazo (orine)	\$10.00
Personal de Consulta/Consejeria	\$30.00	Prueba de embarazo (Sangre)	\$25.00

**Nota: Los trabajos de laboratorio realizados fuera de Gynemed Surgical Center (incluido, pero no se limita a HCG cuantitativa pruebas de embarazo se facturará por el laboratorio externo. Gynemed Centro Quirúrgico no tiene participación con facturación del laboratorio.**

**Los pacientes que pagan efectivo, que posteriormente deseen presentar un reclamo a su compania del seguro debe contactar Gynemed Surgical Center quien presentará la solicitud del paciente basado en el esquema de honorarios. El paciente recibirá el reembolso si y cuando la práctica reciba reembolso de la compañía de seguros.**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

NAME:  
DOCTOR: CHANG

DOB:  
7/21/2010 2:03 PM

SS#

## HISTORIA MEDICA DE SALUD

**Sus registros medicos son estrictamente Confidenciales y no se dara a conocer sin su consentimiento por escrito.**

**Su historia clinica completa y honesta es necesaria para ofrecerle la mejor atencion Medica.**

### HISTORIA DE SALUD GENERAL

Tiene alguna alergia a medicamentos? SI NO Nombre del medicamento : \_\_\_\_\_

Alguna vez a tenido una reaccion a la anestesia? SI NO \_\_\_\_\_

Esta recibiendo algun tratamiento medico? SI NO \_\_\_\_\_

Esta tomando metadona? SI NO \_\_\_\_\_

Ha tomado alguna receta o drogas de la calle hoy o en las ultimas semanas/meses? SI NO \_\_\_\_\_

Usted fuma? SI NO Cuantos cigarros al dia? \_\_\_\_\_ Por cuantos años? \_\_\_\_\_

Usted consume alcohol? SI NO Cuantas bebidas a la semana? \_\_\_\_\_

**Por Favor ponga un CIRCULO si usted alguna vez en el pasado o presente, ha tenido algo de lo siguiente:**

Anemia

Soplo del Corazon

Asma/Fiebre de Heno

Infeccion de la Vejiga/Rinon

Problemas de sangrado

Transfusion de Sangre

Coagulos de Sangre

Cancer

Dolor de Pecho

Diabetes

Epilepsia/Convulsiones

SIDA/VIH

Desmayo

Abuso de Drogas/ adiccion

Tiene otras condiciones Medicas? SI NO

Cuales son? \_\_\_\_\_

Hepatitis/Ictericia

Presion alta

Hospitalizacion: (motivo: \_\_\_\_\_)

Fiebre Reumatica

Enfermedad de Celulas Falciformes

Falta de Respiracion

Dolor de Estomago/Ulceras

Pies Hinchados/Tobillos

Problemas Emocionales

Vesicula biliar/Apendicitis

Dolores de Cabeza

**NAME:**  
**DOCTOR: CHANG**

**DOB:**  
7/21/2010 2:03 PM

**SS#**

## HISTORIA GINECOLOGICA

Edad de primer periodo/regla: \_\_\_\_\_ Son regulares? SI NO Dias de Flujo: \_\_\_\_\_  
Dolores/Calambres menstruales: NingunoPoco Moderado Grave Aliviado con: \_\_\_\_\_  
Primer día de su ultimo periodo/regla: \_\_\_\_\_ Normal? SI NO \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna vez un examen pelvico interno? SI NO  
Ultimo examen / Papanicolau: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna vez una prueba de papanicolau anormal? SI NO Cuando: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_  
Ponga un circulo si ha tenido lo siguiente:  
Tumor de seno Herpes  
Clamidia (Fecha: \_\_\_\_\_) Tratado? S N Enfermedad inflamatoria pelvica  
Gonorrea (Fecha: \_\_\_\_\_ ) Tratado? S N Sifilis  
Enfermedad/Cirugia de los organos Femeninos Otras: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE EMBARAZOS

Numero de Embarazos previos: \_\_\_\_\_ Historia de gemelos/Embarazos multiples: SI NO Numeros  
de Partos Vaginales: \_\_\_\_\_ Mes/Años : \_\_\_\_\_ Cesareas?  
\_\_\_\_\_ Mes/Años \_\_\_\_\_ Complicaciones: \_\_\_\_\_ Numero  
Mortinatos: \_\_\_\_\_ Mes/Anos: \_\_\_\_\_  
Numero de abortos espontaneos/involuntarios: \_\_\_\_\_ Mes/Anos: \_\_\_\_\_ Curetajes? \_\_\_\_\_  
Numero de Abortos: \_\_\_\_\_ Mes/Años: \_\_\_\_\_ Alguno 12 semanas o más? \_\_\_\_\_  
Numero de embarazos Ectopicos/en las trompas: \_\_\_\_\_ Mes/Anos: \_\_\_\_\_ Ruptura? \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE ANTICONCEPTIVOS

Estaba usando anticonceptivos cuando quedo embarazada esta vez? SI NO Tipo: \_\_\_\_\_  
Ha usado anteriormente alguno de los anticonceptivos siguientes?  
\_\_\_\_\_ Pastillas Cuando: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Efectos secundarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ La Inyeccion Depo Cuando: \_\_\_\_\_ Efectos Secundarios? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Condones \_\_\_\_\_ Espuma \_\_\_\_\_ Diafragma \_\_\_\_\_ IUD (T de cobre/Mirena)  
\_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
Que metodo de anticonceptivo desea usar en el futuro? \_\_\_\_\_

*The patient's medical /surgical history reviewed by attending physician* \_\_\_\_\_

**NAME:**  
**DOCTOR: CHANG**

**DOB:** 7/21/2010 2:03 PM

**SS#**

1. Por favor marque las preocupaciones que tiene hoy:

- No entiendo como se realiza un aborto
- Estoy pensando como me voy a sentir despues
- No estoy segura de mi desicion
- Me preocupa como evitar volver a quedar embarazada
- Tengo miedo que algunas personas puedan enterarse/juzgarme
- Yo se que voy a lamentar este aborto
- Me preocupa no poder embarazarme despues
- Esto dolera?
- Mi relacion con mi pareja/familia
- Las complicaciones
- No tengo con quien hablar sobre esto
- Otros: \_\_\_\_\_

2. Circule todas las palabras que describen como se siente:

- |            |          |             |           |               |
|------------|----------|-------------|-----------|---------------|
| Triste     | Feliz    | Enojada     | Atrapada  | Segura        |
| Perdida    | Nerviosa | Egoista     | Desalvada | Irresponsable |
| Mala       | Comoda   | Preocupada  | Nauseas   | Decepcionada  |
| Con Miedo  | Poderosa | Relajada    | Apenada   | Resuelta      |
| Con Hambre | Aliviada | Entumescida | Culpable  |               |

3. Cual es el nombre de la persona que la acompaño hoy? \_\_\_\_\_

4. Esat decision fue dificil o facil para usted? \_\_\_\_\_

5. De quien es la decision de tener el aborto? \_\_\_\_\_

6. Ha ablado con alguien de esta decision? Quien? \_\_\_\_\_

7. El hombre en cuestion sabe de su decision, está involucrado? \_\_\_\_\_

8. Cuales son sus pensamientos sobre terminar este embarazo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Alguna vez has tenido alguna experiencia dificil con el embarazo en el pasado?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



NAME:  
DOCTOR: CHANG

DOB:  
7/21/2010 2:03 PM

SS#

## Gynemed Surgi-Center

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Cuando usted elija para terminar un embarazo en Gynemed Centro Quirúrgico, consideramos tanto su salud física y emocional. Las respuestas a estas preguntas nos ayudará a brindar la mejor atención posible. Nos reservamos el derecho de aplazar o rechazar nuestros servicios a pacientes que no consideramos estan preparadas para el aborto.**

1) Por favor circule todas las palabras que describen como se siente: Feliz

Triste    Enojada    Comoda    Culpable    Miedo

Confundida    Relajada    Egoista    Atrapada    Otros \_\_\_\_\_

2) Usted esta segura de su decision de terminar con el embarazo?

3) Cuales son las razones por la cual usted elijio de termianr el embarazo?

4) Fue este una decision facil o dificil para usted?

5) Ha discutido esta decision con alguien? Han sido de apoyo?

Por favor chequee lo siguiente en cual lo a ha descorsentado en el dia de hoy:

- \_\_\_ No muy segura de mi decision de tener el aborto
- \_\_\_ Esto va a doler?
- \_\_\_ Esto es confidencial?
- \_\_\_ Mi relacion con mi pareja
- \_\_\_ Mi relacion con mi familia
- \_\_\_ Esto afectara embarazos en el futuro?
- \_\_\_ Possible complicaciones
- \_\_\_ Sus creencias religiosas o enseñanzas
- \_\_\_ Como me sentire despues del procedimiento?

De acuerdo con Maryland state law, he recibido una lista de los organismos que podrían ofrecerme asistencia si quisiera mantener mi embarazo.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

NAME:  
DOCTOR: CHANG

DOB:  
7/21/2010 2:03 PM

SS#

**INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS EMBARAZOS PRECOCES  
CON MIFEPRISTONA**

Encerrados en este paquete es información adicional de la U. S Food and Drug Administration sitio web sobre el uso de Mifepristona para la terminación de los embarazos precoces.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y entendido el asesoramiento de la FDA sobre muertes asociadas con el aborto médico.

La FDA y el proveedor de la Mifepristona han recomendado 600 mg (#3 comprimidos 200 mg) para ser utilizada para la terminación de los embarazos precoces.

Desde entonces, han habido suficientes estudios que han demostrado que 200 mg de Mifepristona (#1 200 mg) es tan eficaz como #3 tabletas.

Esto será reducido del costo del procedimiento y los posibles efectos secundarios asociados con el medicamento. Recomendamos sólo #1 tableta (200 mg).

Yo, \_\_\_\_\_, acepto la modificación de la dosificación de Mifepristona como recomienda anteriormente por Gynemed Surgical Center.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

NAME:  
DOCTOR: CHANG

DOB:  
7/21/2010 2:03 PM

SS#

## CONSENTIMIENTO INFORMADO A ABORTO MÉDICO VOLUNTARIO

Initials

\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, Tengo \_\_\_\_ años, y naci \_\_\_\_\_. Solicito y doy consentimiento para que Gynemed Surgical Center realize un aborto medico en mi. Entiendo perfectamente el proposito de este procedimiento es para terminar mi embarazo. Esta es mi decision personal y nadie me obligo a tomar decision.

\_\_\_\_\_

**Yo Soy menor de 18 anos de edad. (SOLO MENORES)**

*Yo entiendo que si requiero tratamiento de emergencia en el hospital, mis padres pueden ser contactados.*

Nombre de padres: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

*Gynemed Surgical center alienta las mujeres jovenes a discutir sus opciones del embarazo, padres, un pariente o adulto de confianza. En 1992 bajo la ley estatal, los padres de las mujeres menores de 18 anos deben ser notificadas antes de realizar un aborto, al menos que existan condiciones especificas. (leer a continuacion)*

Los padres han acompañado a su hija menor de edad a Gynemed Surgical Center y reconoce que “la menor” esta segura de su decision.

**Reconocimiento de padre:** Yo como madre/padre stoy al tanto de la decision que a tomado mi hija en abortar y que el doctor va a realizar el aborto.

Firma de los padres / guardian legal: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

De conformidad con la legislacion del estado de Maryland, los padres de la menor No han sido notificados de la intencion de la paciente a tener un aborto porque:

- La menor es Madura y capaz de dar su consentimiento informado a un aborto
- Notificacion no seria en el mejor interes de la menor
- Aviso puede llevar al abuso fisico o mental de la menor
- La menor/ Paciente no vive con sus padres

Firma de la menor \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ testigo

Firma del doctor \_\_\_\_\_

NAME:  
DOCTOR: CHANG

DOB:  
7/21/2010 2:03 PM

SS#

\_\_\_\_\_ He declarado completa y exactamente mi historia medica, incluyendo cualquier condicion de salud, infecciones de transmision sexual, alergias conocidas, medicamentos, o drogas que e tomado en las ultimas 48 horas. Yo autorizo al doctor a tomar decisiones medicas basadas en dicha informacion:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para la adopción y el ensayo de muestras de sangre si es necesario. Entiendo estas pruebas son rutinariamente realiza y son un componente necesario de mi atención.

\_\_\_\_\_ También entiendo que puedo elegir un aborto quirúrgico como una alternativa a un aborto médico. Yo elegi un aborto médico.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento a la administración de Misoprostol (Cytotec) y Mifepristona (RU486). Entiendo que estos medicamentos causar calambres, náuseas, vómitos y /o sangrado vaginal. Tengo entendido que estos medicamentos pueden causar defectos de nacimiento, si no llego a ir con el aborto; I asumir plena responsabilidad por este.

\_\_\_\_\_ He leído y comprendo el desempeño instrucciones y un ejemplar ha sido siempre a mí.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para el intercambio de los registros médicos entre Gynemed Surgical Center y cualquier otro proveedor, médico, hospital o clínica relativas a mi tratamiento médico.

\_\_\_\_\_ Entiendo que complicaciones que pueden ocurrir después del aborto Médico incluyen las siguientes:

- a. **Síndrome post-aborto**: s coágulos de sangre atrapadoen el útero que pueden causar graves calambres y dolor abdominal. Una aspiración puede ser necesaria.
- b. Aborto **incompleto**, tejido izquierda dentro del útero que puede provocar sangrado o infección. Un procedimiento de succion y curetaje puede ser necesaria.
- c. Continuacion del **embarazo**, que puede deberse a embarazos múltiples, doble útero, o el embarazo ectópico. Un segundo procedimiento sería necesaria, y un embarazo ectópico puede requerir hospitalización y tratamiento.
- d. Infección **del útero, con o sin infección de las trompas de falopio y ovarios**, que puede requerir la terapia con antibióticos y muy rara vez puede conducir a la pérdida de maternidad capacidad.
- e. **Hemorragia** / sangrado que pueden requerir evaluación del paciente y tratamiento adicional.
- f. **Problemas** emocionales. Aunque la mayoría mujeres informe socorro, algunas mujeres pueden experimentar depresión o culpabilidad después de un aborto. Nuestro personal está disponible para ayudar a las mujeres frente a estos sentimientos o proporcionar las referencias apropiadas.

En caso de emergencia, yo autorico al médico en Gynemed Surgical Center para proporcionar la atención de emergencia utilizando su / médico sentencia, incluido el traslado a un hospital local. Entiendo que el paciente confidencialidad puede no ser preservados si traslado a un hospital es necesario.

En caso de emergencia, yo autorizo a Gynemed Surgical Center de contactar ala persona siguiente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

**NAME:**  
**DOCTOR: CHANG**

**DOB:**  
7/21/2010 2:03 PM

**SS#**

Entiendo que no sería financieramente responsable por los gastos derivados de complicaciones del aborto procedimiento. Yo entiendo esas complicaciones pueden ser causados por mi propia condición o conducta y no por culpa del médico.

He recibido escrito cumplir instrucciones, y entiendo la importancia de atención de seguimiento. Estoy de acuerdo a llamar Gynemed Surgical Center para cualquier duda o complicaciones que pueda tener.

Entiendo que Gynemed Surgical Center tiene el derecho de rechazar mis servicios por cualquier razón que estimen oportunas.

**He leído y comprendido la información anterior incluidos LOS DERECHOS DEL PACIENTE Y RESPONSABILIDADES. Entiendo los riesgos mencionados y acepto estos riesgos. Doy mi consentimiento y solicito que un aborto medico se realizara sobre mí.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo de Gynemed Surgical Center: \_\_\_\_\_

**NAME:**  
**DOCTOR: CHANG**

**DOB:**  
**7/21/2010 2:03 PM**

**SS#**

NAME:  
DOCTOR: CHANG

DOB:  
7/21/2010 2:03 PM

SS#

## COMBINADO métodos anticonceptivos hormonales (CHCM) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Este folleto explica las cosas buenas y los posibles problemas de CHCM. Si no comprende toda la información, o si tiene alguna duda, consulte a su médico/consejero.

**Que es Esto?** CHCM incluyen las píldoras anticonceptivas, el control de la natalidad anillo vaginal, y el control de la natalidad parche. Son seguros y eficaces métodos de control natal. Son métodos que deben ser utilizados correctamente y coherente. Debe elegir uno de estos métodos de control de la natalidad sólo después de leer esta hoja y discutir su control de la natalidad necesidades con un consejero.

### ¿Cómo CHCM puede prevenir el embarazo?

Cada uno de sus ovarios contiene miles de huevos inmaduros. A mitad de camino entre el comienzo de un período y el inicio de la siguiente período, un huevo madura y es liberado en el tubo del útero. Esto se llama ovulación. CHCM impedir que esto ocurra. Las hormonas también espesan el moco cervical tan espermatozoides no son capaces de nadar a ella.

**¿Quién puede tomar CHCM?** La mayoría de mujeres pueden usar estos métodos todo sus años reproductivos como siempre y cuando no tienen problemas médicos que crearía un riesgo para la salud.

### ¿Quién no debería tomar CHCM?

No debe usar estos métodos si:

- Que eres o sospechas que puedes estar embarazada
- Usted tiene sangrado vaginal anormal que todavía no ha sido evaluado
- Que actualmente tienen graves enfermedades del hígado
- Usted alguna vez ha tenido cualquier tipo de crecimiento en el hígado
- Está siendo tratada o tienen una historia de cáncer en la mama
- Tiene un tumor en el seno que todavía no ha sido evaluado
- Está siendo tratada o tienen una historia de cualquier estrógeno-dependientes cáncer que usted está recibiendo tratamiento para los coágulos de sangre en el cuerpo o tienen una historia de todos con un coágulo de sangre/hipercoagulabilidad

(Conocido trombogenéticos mutaciones (por ejemplo Factor V Leiden, Protrombina mutación, Anticoagulante

de lupus, Proteína C, la Proteína S y Antitrombina deficiencias)

- Usted alguna vez ha tenido una apoplejía
- Usted tiene 35 años de edad o más y usted fuma cigarrillos
- Migraña con aura o neurológicos cambiará si ahora tienen o han tenido un problema de salud como migrañas, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, diabetes o enfermedad de la vesícula, o son una pesada cigarrillo fumador, dígame a su médico lo que él o ella podrá decidir si es seguro para tomar estos métodos. Cada uno de estos problemas pueden empeorar por la utilización de CHCM.

Es sabido que si una mujer fuma cigarrillos mientras usando CHCM, ella es en mayor riesgo de problemas médicos. Por lo tanto, mujeres que utilizan estos métodos se aconseja no fumar.

### Problemas Comunes

CHCM puede tener efectos secundarios en algunas mujeres. Afortunadamente, los efectos secundarios generalmente no son graves. Mientras toma estos métodos los siguientes problemas podrían ocurrir:

#### Problemas MENORES

- náusea
- Manchado entre períodos
- Menos sangrado menstrual
- Malaria
- Aumento de peso
- Dolor de cabeza
- depresión
- La presión sanguínea alta
- Oscurecimiento de la piel o la cara
- Empeoramiento de acné
- Pérdida de cabello o aumento de crecimiento de cabello
- Disminución del deseo sexual

#### Problema Principal

- Coágulos de sangre de la pierna o pulmón (riesgo es inferior a la de estar embarazada)
- Apoplejía o ataque cardíaco
- Tumores hepáticos
- Vesícula biliar

**Que efectivo es CHCM?** Si CHCM son utilizados perfectamente (como dirigido y otras instrucciones son seguidos), sólo alrededor de 1 en 1,000 mujeres pueden quedar embarazadas dentro del primer año.

CHCM sólo son eficaces mientras usted está

**NAME:**  
**DOCTOR: CHANG**  
tomando.

**DOB:** 7/21/2010 2:03 PM

**SS#**

**NAME:**  
**DOCTOR: CHANG**

**DOB:**  
7/21/2010 2:03 PM

**SS#**

Tan pronto como usted deja de tomar estos métodos ya no están protegidas contra el embarazo.

**Beneficios**

Muchas mujeres experimentan los siguientes beneficios de utilizar estos métodos:

- Disminuyeron los cólicos menstruales
- Disminuyó el sangrado menstrual
- Más regular el sangrado menstrual
- Disminuyó dolor en el momento de ovulación
- Mejora en el acné
- Menos riesgo de desarrollar cáncer de ovario y/o cáncer de endometrio
- Menos riesgo de desarrollar mamaria benigna tumor y/o quistes ováricos
- Algunas mujeres nota una reducción en el PMS

**INFORME DE CUALQUIER NUEVA O POCO PROBLEMAS MÉDICOS A SU MÉDICO**

**Inmediato** Otros médicos inconvenientes y riesgos:

- Entre 1% y 2% de mujeres no menstrúa durante 6 meses o más después de parar CHCM. Si usted no lo tiene su período, regresar a la clínica para una prueba de embarazo.
- Si los períodos son irregulares antes de tomar píldoras, pueden ser de nuevo irregular después de detener estos métodos.
- El estrógeno hormona en estos métodos ligeramente disminuye la calidad y cantidad de leche materna. Algunos expertos aconsejan contra CHCM mientras el amamantamiento si otras opciones están disponibles.

- Falta de protección contra las ETS. Si bien CHCM son muy efectivo, conveniente métodos de control de natalidad, no ofrecen ninguna protección contra infecciones de transmisión sexual como la gonorrea, clamidia, o el VIH (el virus que causa el SIDA). Si usted o alguno de sus parejas sexuales tienen otros socios, es muy importante para utilizar un condón de látex cada vez que tienen relaciones sexuales a fin de protegerse contra estas infecciones.

**PRECAUCIONES QUE DEBE TOMAR**

Decirle a cada médico que usted puede ver que usted está utilizando CHCM.

Cuando se utilizan estos métodos, usted debe llamar a su clínica enseguida si usted tiene cualquiera de los siguientes:

- Adormecimiento o graves dolores de cabeza que no son las cefaleas tensionales y no se alivian con aspirina
- Severo dolor en la pierna (ternero o muslo; normalmente una pierna)
- Graves dolores en el pecho, dificultad para respirar los problemas oculares; visión borrosa, luces intermitentes, o ceguera
- Dolor abdominal severo

**Por favor, lea cada uno de los temas abajo y el lugar un cheque en la casilla siempre que se aplica a usted.**

- Entiendo los efectos secundarios, los riesgos y beneficios en usar anticonceptivos orales combinados. También he sido explicó otros métodos alternativos de control natal.
- He leído la anterior declaración sobre Combinado Métodos anticonceptivos hormonales y han tenido la oportunidad de hacer preguntas.
- Deseo recibir un combinado método anticonceptivo hormonal.
  
- Entiendo los efectos secundarios y riesgos de usar anticonceptivos orales combinados mientras fumar y todavía solicitud para recibir CHCM.

**Completa los espacios abajo:**

**Paciente:** Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (por favor imprimir) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Testigo:** Yo estaba presente cuando esta forma fue oralmente explicado en detalle a este cliente. A lo mejor de mi conocimiento y creencias, este cliente entiende la información contenida en esta forma. Si el cliente es un menor de edad, he evaluado conducta del cliente y las relaciones sexuales y creo que el cliente a ser un menor maduro.

Fecha \_\_\_\_\_

**NAME:**  
**DOCTOR: CHANG**  
Nombre \_\_\_\_\_

**DOB:** 7/21/2010 2:03 PM  
Firma \_\_\_\_\_

**SS#**

DOCTOR:

---

**Treatment Report**  
**For Non-Surgical**

**Termination of**  
**Pregnancy**

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Social Security #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Physical Examination:**

**Vital Signs:**

**Blood Results:**

Lungs:

B/P: \_\_\_\_\_

Rh: \_\_\_\_\_

MicroGam given IM

Site: \_\_\_\_\_

Lot# \_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_\_\_

Heart:

Pulse: \_\_\_\_\_

Hgb: \_\_\_\_\_

Lymph:

Temp: \_\_\_\_\_

**Sonogram Finding:**

Abd:

Weight: \_\_\_\_\_

Gestational age: \_\_\_\_\_

LMP: \_\_\_\_\_

Pelvic: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_

---

Physician Signature:

Medical Assistant Signature:

\_\_\_\_ Consent forms read, understood, signed, and witnessed

\_\_\_\_ Post abortion instructions and what to expect were given to the patient.

\_\_\_\_ Patient swallowed 200 mg of Mifepristone (Lot# \_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_ Misoprostol Dispensed: 200 mcg tablets x4 (Lot#: \_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_ Prescriptions Dispensed: Darvocet #10 \_\_\_\_ Compazine #10 \_\_\_\_ Doxycycline #14 \_\_\_\_

\_\_\_\_ Birth control options discussed and dispensed with verbal instructions (if applicable).

Future Contraception: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Follow up appointment:

Patient will call to schedule in two weeks

Scheduled in office- Date: \_\_\_\_\_

**DOCTOR:**

**DOCTOR:**

**FOLLOW-UP EXAMINATION:** Date: \_\_\_\_\_BP: \_\_\_\_\_TEMP: \_\_\_\_\_

Cramping: Mild Moderate Severe Pain Meds Used? Yes No Compazine? Yes No

**NOTES:** How is patient doing emotionally?

Pelvic Exam: \_\_\_\_\_

Sonogram: \_\_\_\_\_

Is D & C necessary? Yes No

\_\_\_\_\_ Contraception discussed

DR. Signature \_\_\_\_\_

**Additional Notes:**

