

NAME:
DOCTOR: CHANG

DOB:

SS#

¹Formulario de Registro de Pacientes y la Poliza Financiera

Nombre _____	Segundo nombre _____	Apellido _____
Fecha de Nacimiento _____	Seguro Social _____	Estado Civil _____
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, incluyendo los cargos de cobranza, honorarios de abogados, y costas judiciales.

Firma: _____ Fecha: _____

NAME:
DOCTOR: CHANG

DOB:

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 explicacion 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 quiurgicos 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 quiurgico 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 quiurgico. 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	Se,amas	\$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:

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	Hepatitis/Ictericia
Infeccion de la Vejiga/Rinon	Presion alta
Problemas de sangrado	Hospitalizacion: (motivo: _____)
Transfusion de Sangre	Fiebre Reumatica
Coagulos de Sangre	Enfermedad de Celulas Falciformes
Cancer	Falta de Respiracion
Dolor de Pecho	Dolor de Estomago/Ulceras
Diabetes	Pies Hinchados/Tobillos
Epilepsia/Convulsiones	Problemas Emocionales
SIDA/VIH	Vesicula biliar/Apendicitis
Desmayo	Dolores de Cabeza
Abuso de Drogas/ adiccion	

Tiene otras condiciones Medicas? SI NO

Cuales son? _____

NAME:
DOCTOR: CHANG

DOB:

SS#

HISTORIA GINECOLOGICA

Edad de primer periodo/regla: _____ Son regulares? SI NO Dias de Flujo: _____
Dolores/Calambres menstruales: NingunoPoco Moderado Grave Aliviado con: _____
Primer dia 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:

SS#

SERVICIOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL ABORTO QUIRURGICO VOLUNTARIO Y AFINES

Iniciales

Yo, _____, Tengo ____ años, y naci _____. Solicito y doy consentimiento para que Gynemed Surgical Center realice un aborto quirurgico en mi. Entiendo perfectamente el proposito de este procedimiento que es para terminar mi embarazo. Esta es mi decision personal y nadie me obliga a tomar esta decision.

Yo **Soy menor de 18 años de edad.**

Yo entiendo que si requiero tratamiento de emergencia del 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 decisión.

Reconocimiento de padre: Yo como madre/padre estoy 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 (paciente) _____

Firma de testigo _____

Firma del doctor _____

NAME:
DOCTOR: CHANG

DOB:

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 que tomen y prueben muestras de sangre si es necesario. Yo entiendo que estas pruebas se realizan de rutina y son un componete necesario de mi cuidado. Yo entiendo el producto de la concepcion se retiran durante el aborto. Y doy mi consentimiento a su disposicion por Gynemed Surgical Center de manera que estimen conveniente.

_____ Doy mi consentimiento para la administracion de medicamentos contra la ansiedad durante mi atencion pre operatoria, que se sirven como ayuda para relajarme antes del procedimiento. Posibles efectos secundarios pueden ser somnolencia, perdida de la coordinacion, dolor de cabeza, y sequedad de boca. Yo entiendo que en un pequeno numero de mujeres, la reaccion severa o "shock" puede ocurrir, que requieren atencion de emergencia.

_____ Doy mi consentimiento para la administracion de "Misoprostol" (Cytotec), Cuya finalidad es ablandar y dilatar mi cervix para facilitar el proceso del aborto. Entiendo que el "Misoprostol" puede causar calambres/dolor, nauseas, vomitos, diarrea, y/o sangrado vaginal. Entiendo que "Misoprostol" puede causar defectos de nacimiento, si no sigo adelante con el aborto: Asumo plena responsabilidad sobre esto.

_____ Tambien entiendo que si estoy al principio de mi embarazo, puedo elegir un "Aborto Medico" como una alternative a la cirugia. Yo elegi el metodo quirurgico para mi aborto.

_____ Tiene un **Testamento** vital o las voluntades anticipadas en lugar? **SI O NO** Por favor tenga en cuenta que Gynemed Surgical Center **NO Honra Testamentos Vitales.**

_____ *Doy mi consentimiento para la administracion de la **Sedacion Intravenosa**, que es el control del dolor y me relaja durante del procedimiento. Me pueden experimentar somnolencia, fatiga, mala coordinacion muscular, amnesia parcial, y flebitis en el sitio de injeccion. Entiendo que enun pequeno numero de mujeres, la reaccion severa o "shock" puede ocurrir.*

_____ Entiendo que debido a los medicamentos que voy a recibir durante mi visita a Gynemed Surgical Center, no debo conducir despues de mi procedimiento ni realizar actividades que requieren este alerta por 24 horas. He traído alguien quien va a ser responsable de llevarme a mi casa de manera segura.

Nombre de Conductor: _____

Numero de Contacto: _____

Firma del Cunductor: _____

_____ Entiendo que debido a los medicamentos que voy a recibir, debo tener supervision de una persona adulta al menos 12 horas despues del procedimiento. He coordinado para que alguien sea responsable de mi seguridad y bienestar en casa:

Adulto responsable: _____ Numero de telefono: _____

_____ **No tengo conductor/acompañante para que me lleven ala casa. He coordinado un taxi.** Entiendo que no puedo recibir medicacion preoperative para la ausiedad o sedacion. He tenido oportunidad de cambiar mi cita pero deseo proceder hoy. Entiendo que el doctor utilizara su juicio medico para

NAME:
DOCTOR: CHANG

DOB:

SS#

determinar que medicamentos voy a recibir. Por esto libero a Gynemed Surgical Center por cualquier y toda responsabilidad reterno salvo a casa despues de recibir medicacion.

_____ 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 con el aborto quirúrgico son poco pero podría incluir los siguientes:**

- **Laceración (desgarro) del cuello uterino**, que puede requerir sutura
- **Perforación o lesión en el útero**, que puede incluir el daño a los órganos internos, incluyendo intestinos, la vejiga o los vasos sanguíneos. Hospitalización sería necesaria, y la cirugía puede ser necesario. Rara la vez, la pérdida de maternidad capacidad puede ocurrir.
- **Hemorragia**, sangrado abundante que pueden requerir evaluación del paciente y tratamiento adicional incluyendo transfusión de sangre y rara vez requieren una histerectomía (quitar mi útero)
- **Reacción a la anestesia y/o medicamentos** derivados en shock, convulsiones, o la muerte.

_____ **Otras complicaciones que pueden ocurrir después del procedimiento:**

- a. **Síndrome post-aborto**: coágulos de sangre atrapados en el útero que pueden causar graves calambres y dolor abdominal. Una segunda aspiración procedimiento puede ser necesaria.
- b. Aborto **incompleto**, tejido que queda dentro del útero que puede provocar sangrado o infección. Un segundo procedimiento puede ser necesario.
- c. Continuacion del **embarazo** que puede deberse a embarazos múltiples, doble útero, o el embarazo ectópico. Un segundo procedimiento sería necesario, 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 capacidad maternidad o muerte.
- 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.
- g. Estenosis Cervical/cicatrización- que pueden requerir un nuevo dilatación.
- h. Formación de tejido cicatricial en el útero/infertilidad.

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

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

Nombre: _____ Relacion: _____

Direccion: _____ Ciudad / Estado: _____

Numero de Telefono: _____

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

NAME:
DOCTOR: CHANG

DOB:

SS#

Entiendo que ninguna garantía acerca de mi futura fertilidad pueden ser ofrecidos y ninguna de estas garantías se me han hecho. Entiendo que hay pruebas de que las mujeres que tienen más de tres abortos inducidos puede estar a un mayor riesgo de trabajo de parto premature en el futuro.

He recibido por escrito instrucciones de alta, y entiendo la importancia del seguimiento. Estoy de acuerdo en 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 Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE. Entiendo los riesgos mencionados y acepto estos riesgos. Doy mi consentimiento y solicito que un aborto quirúrgico se realizare en mí.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Traductor: _____ Fecha: _____

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

Firma del testigo de Gynemed Surgical Center: _____ Fecha: _____

NAME:
DOCTOR: CHANG

DOB:

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:

SS#

Métodos anticonceptivos hormonales COMBINADOS (AHC) (estrogeno y progesterone) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

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

Factor V Leiden, mutación Protrombina, Anticoagulante

Que es Esto? Métodos combinados incluyen las píldoras anticonceptivas, anillo vaginal, y el 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 necesidades sobre su control de la natalidad con un consejero.

¿Cómo previenen el embarazo? Cada uno de sus ovarios contiene miles de huevos inmaduras. 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. Los métodos combinados impiden que esto ocurra. Las hormonas también espesan el moco cervical tal que los espermatozoides no son capaces de nadar en ella.

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

¿Quién no debería tomar métodos combinados?

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 cáncer estrógeno-dependientes 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 mutaciones trombogénicos (por ejemplo

NAME:

DOB:

SS#

DOCTOR: CHANG

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

- 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 estos metodos, ella es en mayor riesgo de problemas médicos. Por lo tanto, mujeres que utilizan estos métodos se aconseja no fumar.

Problemas Comunes

Los metodos combinados 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

- nausea
- Manchado entre períodos
- Menos sangrado menstrual
- Mamaria
- Aumento de peso
- Dolor de cabeza
- depresion
- 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 Mas graves

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

Cuan efectivo son los metodos combinados?

Si son utilizados perfectamente (como dirigido y otras instrucciones son seguidos), sólo alrededor de 1 en

1,000 mujeres pueden quedar embarazadas dentro

NAME:
DOCTOR: CHANG

DOB:

SS#

del primer año. sólo son eficaces mientras usted está tomando.

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 tumor mamaria benigna y/o quistes ováricos
- Algunas mujeres nota una reducción en el syndrome premenstrual

INFORME DE CUALQUIER PROBLEMA MÉDICO Nuevo o inusual a su medico de Inmediato

Otros inconvenientes médicos y riesgos:

- Entre 1% y 2% de mujeres no menstrúa durante 6 meses o más después de parar los metodos combinados. Si usted no 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.
- La hormona estrógeno en estos métodos ligeramente disminuye la calidad y cantidad de leche materna. Algunos expertos aconsejan contra metodos combinados mientras el amamantamiento si otras opciones están disponibles.

- Falta de protección contra las enfermedades de transmision sexual. Si bien los metodos combinados son muy efectivos, 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 vea que usted está utilizando metodos combinados

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 marque una equis (x) en la casillas si le aplica:

- 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 método anticonceptivo hormonal combinado.
- Si fumo y aun solicito recibir un metodo combinado (Pastillas, parche or anillo).

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 _____

Nombre _____ Firma _____