

HOUSTON WOMEN'S CLINIC
ORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

Este cuestionario es parte de su expediente y se usa con el propósito de prevenir cualquier problema que se pueda presentar en relación con el aborto. Este expediente es totalmente confidencial.

Nombre _____ Domicilio _____
Ciudad _____ Condado/Cód.Postal _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Estado civil _____
Nº de teléfono _____ Teléfono en el trabajo _____
Ocupación _____ Educación _____

¿Usaba anticonceptivos cuando quedó embarazada? _____

¿Cuál fue el primer día de su última menstruación normal? _____

¿Con qué frecuencia le viene su período? _____ ¿A qué edad comenzó a menstruar? _____

Usted describiría su menstruación como: :
pesada _____
moderada _____
ligera _____

¿A qué edad comenzó a estar sexualmente activa? _____

Por favor indicar el tipo de método anticonceptivo que usó y la cantidad de tiempo que usó cada uno:

Píldoras anticonceptivas _____	Eyacular fuera _____	Ritmo _____
Condomes/espermaticidas _____	Abstinencia _____	Disp intrauterino _____
Depo-provera _____	Diafragma _____	Otro método _____

Sin contar el actual embarazo, ¿cuántas veces estuvo embarazada? _____

Por favor indique el número de:

_____ Nacimientos	_____ Pérdidas	_____ Cesáreas	_____ Abortos	_____ D y C	_____ Embarazos ectópicos	_____ Niños vivos
----------------------	-------------------	-------------------	------------------	----------------	---------------------------------	----------------------

Fecha de: último aborto _____ última pérdida _____ nacimiento de hijo(a) menor _____

¿Ha tenido complicaciones, particularmente problemas de sangrado excesivo en abortos, embarazos o pérdidas anteriores? _____ Si sí, explique: _____

¿Ha padecido alguna enfermedad grave? (por ejemplo: de corazón, hígado, riñones, diabetes, hepatitis, inestabilidad mental, alta presión) _____ Explique: _____

¿Qué operaciones tuvo? _____

¿Alguna vez recibió tratamiento para el asma? _____

A¿Es usted alérgica a alguna droga o medicina? _____ Si sí, ¿a cuáles?

¿Está tomando alguna droga o medicina actualmente? _____ Si sí, ¿cuales?

¿Alguna vez se desmayó? _____ Si sí, por favor explique: _____

¿Tuvo alguna vez una enfermedad venérea? _____ Si sí, ¿cuando y cómo se la curaron?

¿Estuvo alguna vez hospitalizada? _____ Si sí, explique:

¿Tuvo alguna vez una transfusión de sangre? _____ Si sí, ¿cuándo y cuántas veces? _____

¿Qué factores son los más importantes en su decisión de tener un aborto?

Cuando se dio cuenta que estaba embarazada, ¿cuáles fueron sus pensamientos y sentimientos al respecto?

¿Probó algún otro método de abortar antes de venir aquí? _____ Por favor, explique :

¿Algún médico conocido por usted sabe sobre este aborto? _____

Nombre y dirección de ese doctor: _____

¿Alguien vino hoy para acompañarla? _____ Relación o parentesco _____

¿Tiene seguro médico? _____ Si sí, nombre de la compañía de seguro: _____

NOTAS DEL CONSEJERO

NOMBRE: _____ FECHA: _____

¿Cómo se enteró de esta clínica (HOUSTON WOMEN'S CLINIC)

_____ amistades o parientes

_____ ¿ha estado anteriormente en esta clínica?

_____ ¿la encontró en páginas amarillas? Dénos área o ciudad:

_____ ¿referencia otra clínica? Dénos nombre y dirección de esa clínica:

_____ website/internet

_____ ¿referencia de su seguro médico?

_____ ¿otro medio? Explique _____

_____ ¿referencia de un médico? Dénos su nombre y dirección:

Si la referencia proviene de su médico, nos gustaría notificarle que usted fue atendida en esta clínica en esta fecha. Por favor firme este formulario para darnos su autorización.

CERTIFICACIÓN

Cada uno de los conceptos de este formulario de certificación debe ser revisado. La mujer deberá colocar sus iniciales al lado de cada una de las descripciones y firmar al final del formulario.

Yo certifico que la siguiente información me fue presentada a mí, por el medico quien realizara el aborto o por el medico quien refirió, por lo menos 24 horas antes del aborto:

____ El nombre del medico quien realizara el aborto;
____ Los riesgos médicos específicos que se asocian al procedimiento que será empleado, en este específico caso; incluyendo los que sean médicamente correctos:

- ____ El riesgo de infección y hemorragia;
- ____ La posibilidad de peligro ante un nuevo embarazo y el de infertilidad; y
- ____ La posibilidad de un aumento en el riesgo de padecer cáncer del cervix después de un aborto inducido y del efecto natural de protección al llevar un embarazo a término y así evitar el cáncer del cervix.

____ La probable edad gestacional del niño aún no nacido, al momento en que se realiza el aborto; y
____ Los riesgos médicos asociados al llevar al bebe a termino.

El medico quien realizara el aborto, o el agente del medico, me ha informado que:

- ____ Beneficios de asistencia médica podrían estar disponibles para la atención prenatal, para el parto y para la atención neonatal;
- ____ El padre tiene una responsabilidad legal de prestar ayuda en el mantenimiento del niño, sin importar si el padre se haya ofrecido a pagar por el aborto;
- ____ Las agencias publicas y privadas proporcionan servicios de consejería para la prevención del embarazo, y refieren a pacientes con otros médicos para la obtención de medicamentos o artefactos para la prevención del embarazo; y

También se me ha informado que:

- ____ Yo tengo el Derecho de revisar los materiales impresos preparados por el Texas Department of Health, titulados "A Woman's Right to Know" ["El derecho de saber de la mujer"] el folleto describe al niño aun no nacido, y el directorio de recursos de información tiene una listas de las agencias que ofrecen alternativas al aborto, y que esos materiales me deberán ser proporcionados si es que yo elijo verlos;
- ____ El folleto "El derecho de saber de la mujer" y el directorio de recursos de información también se encuentran disponibles en un sitio de Internet patrocinado por el departamento.

Yo he elegido la siguiente opción (**escoja una de las siguientes**):

- ____ Yo pedí y se me proporciono una copia impresa del folleto "El derecho de saber de la mujer" y del directorio de recursos de información.
- ____ Yo elijo revisar los materiales de "El derecho de saber de la mujer" del sitio de Internet.
- ____ Yo declino revisar los materiales informativos.

Firma _____
Nombre Impreso _____

Fecha _____
2/04

Houston Women's Clinic

Consentimiento para el uso y divulgación de información relacionada con la salud para operaciones de tratamiento, pago o atención médica.

Entiendo que como parte de mi atención médica, esta facilidad genera y mantiene registros médicos que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnosis, tratamiento y cualquier plan para futura atención o tratamiento médico. Entiendo que esta información sirve como:

- base para planificar mi cuidado y tratamiento
- medio de comunicación entre los profesionales de salud que contribuyen a mi atención médica
- fuente de información para aplicar mi diagnosis e información quirúrgica a una factura
- medio por el cual un pagador tercero (el seguro médico) puede verificar que los servicios cobrados hayan sido realmente provistos
- instrumento para operaciones rutinarias de atención médica tales como evaluación de calidad y evaluación de la competencia de los profesionales a cargo del cuidado de la salud.

Comprendo y he recibido una copia del Anuncio sobre las Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa sobre uso y divulgación de la información. Sé que tengo el derecho de revisar el Anuncio antes de firmar para otorgar este consentimiento. Entiendo que esta facilidad puede cambiar su Anuncio y Prácticas y yo puedo solicitar una copia de cualquier anuncio modificado. Entiendo que yo puedo restringir el modo en que se use la información sobre mi salud. Entiendo que puedo cancelar este consentimiento por escrito excepto para todo lo que la organización ya haya usado.

Solicito las siguientes restricciones en el uso o divulgación de información sobre mi salud.

Firma del paciente: _____ Fecha de vigencia del anuncio: _____

Houston Women's Clinic

ANUNCIO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN RESTRINGIDA SOBRE LA SALUD

Este anuncio describe cómo su información médica puede usarse y divulgarse y cómo puede usted tener acceso a esa información. Por favor revísela con cuidado.

Houston Women's Clinic se compromete a proteger la privacidad de sus registros médicos y la confidencialidad de su visita. Sus registros (historial médico) no serán entregados a nadie que no sea de esta facilidad sin su autorización por escrito a menos que esa entrega sea exigida por la ley.

Usaremos su información para los siguientes propósitos:

1. Tratamiento - para determinar la atención y tratamiento para usted
2. Pagos - si se utiliza seguro médico suministraremos la información necesaria para la facturación
3. Operaciones regulares de atención médica – miembros de nuestro personal podrán revisar sus registros como parte de nuestro aseguramiento de calidad
4. Asociados Comerciales - si se usa un servicio de facturación o cobranza (actualmente no usamos ese tipo de servicio).

Divulgación requerida por la ley:

1. Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés) – si hubiera algún retiro del mercado o defecto de alguna droga u otro producto
2. Salud Pública – podemos divulgar información sobre su salud a autoridades de salud pública a cargo del control de enfermedades, heridas o discapacidades.
3. Aplicación de la Ley – podemos divulgar información sobre su salud como respuesta a una citación judicial válida.

SUS DERECHOS A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Sus registros médicos son propiedad física de la clínica pero la información le pertenece a usted, y usted tiene el derecho a lo siguiente:

1. Pedir una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de información suya
2. Obtener una copia del anuncio sobre prácticas de información (este documento)
3. Examinar una copia de su historial médico
4. Enmendar su historial médico según la provisión “45 CFR 164.528”
5. Obtener un recuento detallado de divulgaciones de información sobre su salud
6. Solicitar la comunicación de información sobre su salud a través de medios alternativos o en sitios alternativos
7. Cancelar su autorización para usar o divulgar información sobre su salud excepto por acciones que ya se hayan tomado.

NUESTRA RESPONSABILIDAD

Se nos exige que:

1. Mantengamos la privacidad de su información
2. Le suministremos un anuncio que explique nuestras obligaciones legales y nuestro ejercicio de la privacidad

3. Cumplir con los términos de este anuncio
4. Hacerle saber si somos incapaces en cumplir con alguna restricción que usted solicite
5. Facilitar requerimientos razonables que usted pueda tener para la comunicación de información sobre su salud a través de medios o sitios alternativos.

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas y emitir nuevas provisiones.

PARA MAYOR INFORMACIÓN O PARA REPORTAR UN PROBLEMA

Para preguntas o problemas, nuestro funcionario a cargo de privacidad es el Dr. Bernard Rosenfeld, su teléfono es 713-868-4483. Los reclamos se pueden presentar también al Secretario de Salud y Servicios Humanos, sin temor a ninguna represalia.

He leído este anuncio sobre privacidad y se me dio tiempo suficiente para formular preguntas.

Entiendo que Houston Women's Clinic no divulgará información sobre mi salud a menos que yo dé autorización por escrito o que esa información sea exigida por la ley.

Firma

Fecha

Fecha de vigencia del anuncio: abril 14 de 2003

CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO PARA TRATAMIENTO,
ANESTESIA Y OTROS SERVICIOS MÉDICOS

Nombre de la paciente: _____

Fecha: _____

1. Yo, la abajo firmante, tengo _____ años de edad y solicito y doy mi consentimiento para que se me practique una terminación de embarazo por el método de aspiración en HOUSTON WOMEN'S CLINIC, a efectuar por el Dr. BERNARD ROSENFELD, o alguno de sus asociados.
2. También apruebo que se tomen cultivos y se efectúen pruebas razonablemente relacionadas con la terminación del embarazo, y si el doctor o sus asistentes lo creen necesario para evaluación, o tratamiento, o resolución de complicaciones.
3. Afirmo que he revelado totalmente mis antecedentes médicos, incluyendo alergias, condiciones sanguíneas, medicinas o drogas usadas anteriormente y mis reacciones a ellas. Estoy de acuerdo en que mi doctor confíe totalmente en la información provista.
4. Estoy de acuerdo en que se me dé anestesia si el doctor o sus asistentes lo consideran necesario. Entiendo que la anestesia local no siempre elimina todo el dolor, y que en algunos casos puede provocar reacciones severas que requieran medidas y tratamientos adicionales, que yo solicito se realicen y para los cuales doy mi autorización. Estoy informada y sé que no hay garantías de que eso no me ocurra a mí.
5. El primer día de mi última menstruación fue el ____ de _____ de 20___. Este período me vino (elegir uno):

normal _____ pesado _____ ligero _____

El período anterior había sido:

normal _____ pesado _____ ligero _____

Mis períodos durante los últimos seis meses han sido:

normales _____ pesados _____ ligeros _____

Si sus reglas fueron irregulares, por favor describa: _____

6. Entiendo que habrá tejidos y órganos que serán removidos durante el procedimiento, y doy mi permiso para que sean desechados o usados por la clínica como el doctor considere apropiado.
7. Comprendo perfectamente que el propósito del proceso es terminar el embarazo. Yo afirmo que ésa es mi decisión frente a la alternativa de continuar con el embarazo hasta su término completo. Nadie me ha obligado o forzado a tomar esta decisión.
8. Entiendo que cualquier pregunta que yo tenga será contestada por el médico y/o consejero y estoy de acuerdo en formular cualquier pregunta antes de dejar la clínica.
9. Entiendo que las complicaciones asociadas con una terminación de embarazo son generalmente menos severas que las de un parto. Sin embargo, entiendo que existen riesgos inherentes de complicaciones mayores o menores tanto en éste como en cualquier otro tipo de cirugía, y no se me dio ninguna garantía. Entiendo que existe la posibilidad de una perforación del útero con sus consecuentes daños físicos internos. Entiendo también que existe la posibilidad de que no todo el tejido sea extraído, que el embarazo no quede terminado, y que se produzca fiebre y hemorragia después del procedimiento. También estoy consciente de que hay posibilidad de infección, o de alguna mala reacción a un medicamento, anestesia o píldoras anticonceptivas suministrados después del procedimiento. Comprendo los riesgos de tener que ser hospitalizada, y que los cargos deberán ser por mi cuenta si hace falta un tratamiento debido a alguna de las complicaciones antes mencionadas. Entiendo que estas complicaciones podrían ser causadas por mi propia condición o comportamiento, o por tratamientos recibidos de otro médico no relacionado con esta clínica.

10. Entiendo que la norma de la clínica dice que YO NO DEBO CONDUCIR VEHÍCULO al ser dada de alta, y he hecho arreglos para que otra persona sea responsable por transportarme desde aquí. Estoy de acuerdo en que las consecuencias de no haber cumplido con esta norma no serán responsabilidad de la clínica o de ninguno de sus médicos.
11. Si tengo preguntas o complicaciones al salir, estoy de acuerdo en llamar inmediatamente al médico o a la clínica al (713)868-4483. Se me ha aconsejado venir a la clínica para un examen post operatorio gratis. Sé que es mi responsabilidad hacer la respectiva cita.
12. Estoy de acuerdo en no hacer reclamos contra el médico o la clínica por complicaciones que puedan suceder, excepto en el caso en que se trate de una negligencia grave por parte de alguno de ellos. Si hago otros reclamos, estoy de acuerdo en responsabilizarme por todos los costos y cuentas de abogados del médico y/o la clínica gastados en investigar o en defenderse contra los cargos, y prometo comprar una fianza por adelantado para garantizar el pago de ese monto.
13. También entiendo que la profesión médica que ejerce el doctor se debe juzgar según las normas razonablemente aplicadas a otros médicos que trabajan en facilidades similares en los Estados Unidos.

Certifico haber leído y comprendido totalmente este formulario de consentimiento, y estoy de acuerdo y doy permiso para que se me practique la terminación de embarazo que solicité.

Fecha: _____

Firma de la paciente

Testigo / Consejero(a)

Firma del padre o madre
(si la paciente es menor de edad)

**CONSENTIMIENTO PATERNO PARA LA PRÁCTICA
DE UN ABORTO SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD**

Yo _____ afirmo ser el padre / madre de esta menor de edad, y
nombre del padre / madre

afirmo:

He leído y firmado el formulario de autorización exigido por HOUSTON WOMEN'S CLINIC.

He sido bien informado de los riesgos y posibles consecuencias involucradas en un aborto.

Doy mi consentimiento a que se haga ese tratamiento a una hija menor en HOUSTON WOMEN'S CLINIC

Testigo / Consejero(a)

Firma del padre o madre

HOUSTON WOMEN'S CLINIC INSTRUCCIONES PARA DESPUÉS DE CIRUGÍA

Se deberán evitar actividades enérgicas durante uno o dos días. Pero las actividades cotidianas normales como trabajo y estudio se pueden reanudar mañana. Si surgiera algún problema o pregunta, no dude en llamarnos al 713-868-4483 ó 1-800-646-4483. El horario de la Clínica es de 8:00 AM a 5:00 PM. Después de horas, nuestro servicio de atención telefónica tomará recibirá su llamada.

Medicamentos

- Si le dieron un antibiótico para llevarse a casa, por favor tómelos como se le indicó y termínelos todo.
- Se le dará un medicamento contra el dolor – tómelos como se le indique.
- Las píldoras anticonceptivas pueden comenzarse el domingo siguiente al procedimiento. Usted no quedará protegida hasta su segunda cajita de píldoras.

Retortijones

No es raro experimentar algunos retortijones durante una o dos semanas después del aborto. Debería ser similar a los retortijones de la menstruación y la medicina debería aliviarlos.

Hemorragia

No debería ser más intenso que el de su período típico. Algunas mujeres no sangran para nada mientras que otras sangran intermitentemente durante 1-2 semanas. Su próximo período normal debería ser 4-8 semanas después. Es posible quedar embarazada inmediatamente después del procedimiento.

Restricciones por 3 semanas

- No usar tampones- usar sólo toallitas sanitarias
- No tener relaciones sexuales ni hacerse lavados vaginales
- No nadar

Tendrá que ser revisada por nosotros o por su propio médico para una revisión de seguimiento a las 3 semanas. No somos responsables por complicaciones de pacientes que no han tenido una revisión de seguimiento.

Llámenos si:

- La hemorragia es más intensa que su período más intenso, o si empapa una toallita en una hora
- Tiene fiebre de más de 100.4° Fahrenheit (más de 38° Celsius)
- Dolores o retortijones severos no aliviados por su medicina contra el dolor

Si nos llama después de hora, haremos un esfuerzo razonable para devolverle la llamada en 30 minutos o menos. Por favor permanezca cerca del teléfono. Una enfermera del Dr. Rosenfeld se ocupará de su llamada.

Nosotros recomendamos que usted nos llame, pero queremos que esté consciente de que siempre tiene la opción de la Sala de Emergencia de algún hospital. Si no tiene seguro médico, puede ir a los hospitales Ben Taub ó LBJ. Si tiene seguro médico, puede ir al Women's Hospital ó al Hospital S.W. Memorial. .

HOUSTON WOMEN'S CLINIC, INC.

LOS SIGUIENTES TEMAS HAN SIDO ANALIZADOS CON UNA REPRESENTANTE DE ESTA CLÍNICA:

- _____ 1. opciones de este embarazo, incluyendo la opción de tomar más tiempo para pensar y reconsiderar esta decisión.
- _____ 2. antecedentes médicos personales.
- _____ 3. explicación del procedimiento médico
- _____ 4. riesgos del procedimiento
- _____ 5. instrucciones post operativas recibidas, orales y escritas.
- _____ 6. información sobre control de la natalidad.
- _____ 7. posible disminución de fertilidad después de cumplir 30 años.
- _____ 8. instrucciones para tomar antibióticos, analgésicos y otros medicamentos.
- _____ 9. necesidad de un examen post operativo tres semanas después
- _____ 10. información e instrucciones sobre cómo presentar una queja contra esta clínica.
- _____ 11. yo entiendo que no debo de manejar después de el aborto por los medicamentos fuertes que recibiré.

RESUMEN SOBRE COMPLICACIONES DURANTE UN ABORTO

- _____ 1. incompetencia cervical.
- _____ 2. hemorragia y posible histerectomía para controlarla.
- _____ 3. perforación del útero.
- _____ 4. daños al intestino o a la vejiga.
- _____ 5. incisión abdominal y operación para corregir daños.
- _____ 6. posibilidad de que el embarazo no sea eliminado totalmente.
- _____ 7. infección.
- _____ 8. esterilidad.
- _____ 9. Síndrome de Asherman.
- _____ 10. yo entiendo que complicaciones con esta cirugía puede causar hasta la muerte.

Firma

Fecha

03/03