

HOJA DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE *(Client Information Sheet)*

Apellido legal/ Legal Last name		Nombre legal/ Legal First Name		Inicial del segundo nombre/ MI	
Dirección/ Address					
Ciudad/ City		Estado/ State		Código postal/ Zip Code	
Número de teléfono preferido / Preferred Phone #		Tipo de teléfono (rodee uno)			
		De casa/ Home		Del trabajo/ Work	
		Móvil/ Cell		Buscapersonas/ Pager	
Número de teléfono alternativo / Alternate Phone #		Tipo de teléfono (rodee uno)			
		De casa/ Home		Del trabajo/ Work	
		Móvil/ Cell		Buscapersonas/ Pager	
¿Dónde aprendistes de Planned Parenthood? / How did you hear about Planned Parenthood?					
¿Como debemos de identificarnos cuando le llamamos? (Por si contesta otra persona que no es Usted.) / How should we identify ourselves when calling?			Tipo de sobre que quiere que usemos para envíos a su residencia / Type of Envelopes We Should Use for Mailings		
Planned Parenthood/ Planned Parenthood "Es la oficina de su médico" / Dr. Office Otro/ Other: _____			Insignia de Planned Parenthood / PP Logo Sobre simple / Plain Envelopes		
Número de la seguridad social/ Social Security Number		Fecha de nacimiento/ Date of Birth		Necesario: Sexo (rodee uno) / Sex	
				Masculino / Male Feminina / Female	
				Hombre / Man Mujer / Woman	
Nombre de su médico/ Primary Care Physician			Número de teléfono de su médico/ PCP phone #		
Persona de contacto en caso de una emergencia/ Emergency Contact		Relación que tiene con Usted/ Relationship to you		Número de teléfono para contacto de emergencia/ Emergency Contact Phone#	
				Tipo de teléfono (rodee uno)	
				De casa/ Home Del trabajo/ Work	
				Móvil/ Cell Buscapersonas/ Pager	
				Otro/ Other	
¿De que raza es Usted? (compruebe uno o más caja) / What is Your Race?					
<input type="checkbox"/> Indio Americano/ American Indian		<input type="checkbox"/> Asiatico/ Asian		<input type="checkbox"/> Negro Americano/ Africano/ Black/ African American	
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/ Alaskan Native		<input type="checkbox"/> Blanco/ White		<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de las Islas del Pácifica/ Native Hawaiian or Pacific Islander	
¿Es Ud. de origen Hispano? (rodee uno) / Hispanic Origin?					
SÍ NO Yes No					
Idioma primaria/ Primary Language		Idioma secundario/ Secondary Language		Estado civil (rodee uno) / Marital Status	
				Soltero/a / Single Casado/a / Married Divorciado/a / Divorced	
<p>Certifico que la información precedente es verídica, correcta y completa según mi conocimiento. Por este medio doy permiso a Planned Parenthood de Maryland el derecho a cualquier información o el reembolso para los servicios médicos proporcionados por sus médicos y personal clínico. Entiendo que soy responsable de cualquier honorario que sea rechazado por mi compañía de seguros y por el cuál Planned Parenthood de Maryland no recibió ningún pago. También doy mi permiso para la duplicación de los expedientes médicos para propósitos de seguro. Comprendo que Planned Parenthood of Maryland tiene la obligación de informar a agencias gubernamentales apropiadas si sospecha que soy o he sido una víctima de abuso o negligencia durante mi niñez, o cuando era un menor, aunque ahora sea mayor de edad.</p>					
Firma: X _____			Fecha: _____		
Deberá presentar una identificación con foto, su verificación de ingresos, o su tarjeta de seguro médico al personal administrativo de esta oficina.					
Si usted tiene seguro médico por favor rellene la siguiente hoja. →					

SEGURO MEDICO PRIMARIO (PRIMARY INSURANCE SECTION)		
Nombre del seguro/Insurance Name		Titular de la póliza de seguro/Policy Holder Relacion a Usted: _____ <i>Relationship to You</i>
Nombre del titular (si es otro que Ud.)/Policy Holder's Name (if other than self)		Dirección del titular de la póliza de seguro (si es otro que Ud.)/Policy Holder's Address (if other than self)
Fecha de nacimiento del titular de la póliza de seguro/Policy Holder's Date of Birth	Número de seguridad social del titular de la póliza de seguro/Policy Holder's SSN	Empleador del titular de la póliza de seguro/Policy Holder's Employer
SEGURO MEDICO SECUNDARIO (SECONDARY INSURANCE) -- Rellene sólo si tiene otro seguro médico		
Nombre del seguro médico secundario (si hay uno)/Secondary Insurance (if any)		Titular de la póliza de seguro/Policy Holder Relacion a Usted: _____ <i>Relationship to You</i>
Nombre de Titular de Póliza de Seguro (del seguro secundario)/Policy Holder's Name (for secondary insurance)		Dirección del titular de la póliza de seguro (si es otro que Ud.)/Policy Holder's Address (if other than self)
Fecha de nacimiento del titular de la póliza de seguro/Policy Holder's Date of Birth	Número de seguridad social del titular de la póliza de seguro/Policy Holder's SSN	Empleador del titular de la póliza de seguro/Policy Holder's Employer

Affix Label Here

Nombre de Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

RELACIONES Y SEGURIDAD

Mi pareja me ha amenazado o asustado. (My partner has threatened or frightened me.)

A menudo (Often) **A veces** (Sometimes) **Nunca** (Never) **Rehúso contestar** (Decline)

¿Alguna vez su pareja manipuló sus anticonceptivos o trató de que usted quedara embarazada contrariamente a sus deseos? (Has your partner ever messed with your birth control or tried to get you pregnant when you didn't want to be?)

A menudo (Often) **A veces** (Sometimes) **Nunca** (Never) **Rehúso contestar** (Decline)

¿Se rehúsa su pareja a usar condones cuando usted se lo pide? (Partner refuses to use condoms when you ask?)

A menudo (Often) **A veces** (Sometimes) **Nunca** (Never) **Rehúso contestar** (Decline)

¿Alguna vez su pareja la forzó o presionó a quedar embarazada contrariamente a sus deseos? (Has your partner ever tried to force or pressure you to become pregnant when you didn't want to be?)

A menudo (Often) **A veces** (Sometimes) **Nunca** (Never) **Rehúso contestar** (Decline)

¿Tiene miedo de que su pareja le haga daño si le dice que tiene una ITS y que necesita recibir tratamiento? (Are you afraid your partner will hurt you if you tell him you have an STI and he needs to be treated?)

A menudo (Often) **A veces** (Sometimes) **Nunca** (Never) **Rehúso contestar** (Decline)

¿Alguna vez fue abusada física o emocionalmente por su pareja o una persona importante en su vida? (Have you ever been physically or emotionally abused by your partner or someone important to you?)

A menudo (Often) **A veces** (Sometimes) **Nunca** (Never) **Rehúso contestar** (Decline)

¿Alguna vez alguien la golpeó, le pegó una cachetada, la pateó o la lastimó físicamente de alguna otra manera durante el pasado año? (Have you been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by someone in the past year or, if you're pregnant, since you've been pregnant?)

A menudo (Often) **A veces** (Sometimes) **Nunca** (Never) **Rehúso contestar** (Decline)

Durante el pasado año ¿la forzó alguien a tener sexo? (Has anyone forced you to have sex in the past year?)

A menudo (Often) **A veces** (Sometimes) **Nunca** (Never) **Rehúso contestar** (Decline)

¿Le tiene miedo a su pareja (Are you afraid of your partner?)

A menudo (Often) **A veces** (Sometimes) **Nunca** (Never) **Rehúso contestar** (Decline)

FIRMA DE CLIENTE

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DADA ARRIBA ES COMPLETA Y VERDADERA DE ACUERDO A MIS CONOCIMIENTOS.

X _____ Fecha: _____

Sólo para Uso de Oficina

LABORATORY EVALUATION/ VITAL SIGNS

LMP _____ G ____ Vag ____ C/S ____ TAB ____ SAB ____ Ht: _____ Wt: _____ BMI _____

Hgb _____ Rh _____ PT _____ BP _____ O2 saturation _____ %

LITERATURE PROVIDED

- PPMFS 065 Cl: Rh(o) Immune Globulin (given if Rh negative)
- PPMFS 165 Cl: Dietary List of Iron Rich Foods

STI TESTING

- Y N
- Pt < 26 yo or screens "yes" for STI testing (*See above)
- If yes to above:**
- Declined
- Specimen collected

COMMENTS:

Staff Signature/Date: _____ Signature/Date: _____ MD

Información para el cliente para un consentimiento informado

ABORTO EN LA CLÍNICA **Succión**

¿Qué es un aborto por succión realizado en una clínica?

Un aborto por succión en una clínica (también llamado D&C o aborto quirúrgico) pone fin al embarazo. Durante el aborto se utiliza succión para vaciar el contenido y el revestimiento del útero (matriz). El modo en que se hace el aborto depende de cuánto hace que está embarazada. Esto se calcula contando desde el primer día de su último período o haciéndose una prueba de ultrasonido.

Antes de hacerse un aborto, es importante que conozca los beneficios más comunes, los riesgos, los efectos secundarios, las reacciones emocionales y las demás opciones que usted tiene. Nos complacerá responder a cualquier pregunta que pueda tener.

¿Cuáles son los beneficios del aborto?

- Es una manera segura y efectiva de terminar con un embarazo.
- En algunas clínicas de Planned Parenthood, podrá donar el tejido de embarazo para investigaciones médicas.

¿Cuáles son los efectos secundarios de un aborto?

Por lo general, los efectos secundarios no duran mucho y no es necesario recibir tratamiento. Llámenos si el problema no desaparece o está preocupada. Los efectos secundarios más comunes son:

- sangrado leve o mediano. Si el sangrado es muy intenso — es decir que empapa más de 2 toallas sanitarias maxi durante 2 horas seguidas, llámenos.
- dolores abdominales
- sensación de cansancio (por lo general, debido a la anestesia y/o medicamentos para el dolor.

¿Cuáles son las reacciones emocionales?

Es normal sentir diferentes emociones después de hacerse un aborto. La mayoría de las mujeres sienten alivio y no lamentan su decisión. Otras pueden sentir tristeza, culpa, o arrepentimiento después del aborto, sentimientos que también pueden ocurrir después de tener un bebé. Si tiene dificultad para llevar a cabo sus actividades habituales o sigue sintiéndose mal después de 2 semanas, llámenos. Podremos ayudarla o referirla a la persona apropiada.

Además de un aborto en una clínica, ¿qué otras opciones de aborto tengo?

Si su embarazo es de menos de 9 semanas, quizás pueda tomar la píldora abortiva. También puede hacerse el aborto en un hospital o con otro médico, ahora o más adelante en el embarazo. Aunque cuanto más espere, mayores son los riesgos.

¿Cuáles son los riesgos de un aborto?

El procedimiento de aborto es muy seguro. Pero hay riesgos en todo procedimiento médico. Estos riesgos aumentan cuanto más avanzado sea su embarazo o si se utiliza sedación o anestesia general. Su estado de salud general influye en el riesgo de tener complicaciones. Su riesgo es mayor si tiene mala salud. El riesgo de tener complicaciones puede aumentar si ha tenido una cesárea, o cirugía uterina o abdominal. **Los riesgos relacionados con un aborto por succión son:**

- **Aborto incompleto** — El tejido de embarazo que queda dentro del útero puede causar sangrado intenso, infección o ambos. Si esto ocurre, es posible que sea necesario realizar otro aborto por succión en una clínica u hospital. Asimismo, podrá necesitar otras pruebas o tratamientos.
- **Coágulos sanguíneos en el útero** — Los coágulos sanguíneos pueden causar dolores abdominales y cólicos. Existe la posibilidad de que deba realizarse nuevamente el procedimiento de succión.
- **Infección del útero** — La mayoría de las infecciones se pueden detectar y tratar con medicamentos. Pero existe una pequeña probabilidad de que el procedimiento de succión deba realizarse nuevamente. Podría ser necesario que tenga que ir al hospital o incluso someterse a una cirugía para tratar la infección.
- **Imposibilidad de terminar el embarazo** — A veces el aborto no pone fin al embarazo. Si el embarazo sigue estando en el útero, se requerirá más succión. Si el embarazo es ectópico (fuera del útero), requiere atención médica de urgencia. Algunas mujeres podrán ser tratadas con medicamentos y otras necesitarán cirugía.
- **Sangrado intenso (hemorragia)** — Puede requerir tratamiento con medicamentos, otra succión, transfusión de sangre y/o cirugía, inclusive una posible histerectomía (remoción del útero).
- **Lesión al cuello uterino (abertura hacia el útero)** — Un desgarro en el cuello uterino se puede tratar con medicamentos o, rara vez, con suturas quirúrgicas en el cuello uterino.
- **Lesión al útero o a otros órganos** — Un instrumento quirúrgico podría perforar la pared del útero y causar daño a los órganos internos, como por ejemplo, los intestinos, la vejiga o los vasos sanguíneos. El tratamiento puede consistir en la observación o en una cirugía abdominal. Existe el riesgo de que sea necesario una histerectomía (remoción del útero). Podría formarse tejido cicatrizal dentro del útero que necesitará tratamiento posteriormente.
- **Reacción alérgica o a los fármacos** — Algunas mujeres pueden ser alérgicas a la anestesia local o a otros medicamentos utilizados. Es importante que nos informe sobre todas las alergias que pueda tener a los medicamentos. También díganos qué medicamentos está tomando. Tenemos que estar seguros que no se produzca una interacción negativa con los medicamentos que le suministraremos.
- **Muerte** — La muerte debido a un aborto por succión ocurre muy rara vez. El riesgo de muerte aumenta cuanto más avanzado sea su embarazo. Cuando se realiza el aborto y la mujer tiene un embarazo de menos de 20 semanas (aproximadamente 4 ½ meses), el riesgo de muerte a causa de un embarazo a término y un parto es más alto. Después de 20

semanas de embarazo los riesgos son prácticamente iguales.

¿Cuáles son los pasos para prepararme para el aborto?

Información y consentimiento — Un miembro de nuestro personal

- conversará con usted sobre sus antecedentes de salud
- le informará sobre el procedimiento de aborto
- responderá a cualquier pregunta que pueda tener
- obtendrá su consentimiento escrito (permiso) para que se realice el aborto.

Pruebas de laboratorio — Le harán:

- una prueba de embarazo
- un análisis de sangre para determinar su tipo sanguíneo
- un análisis de sangre para ver si tiene anemia (bajo nivel de hierro)
- otras pruebas que su médico considere necesarias

Ultrasonido — Es posible que necesite una prueba de ultrasonido. Esta prueba ayuda a determinar cuánto hace que está embarazada. Se colocará un transductor sobre su abdomen (estómago) o dentro de su vagina para tomar una foto del embarazo.

Examen físico — Le tomarán la presión arterial y le harán un examen pélvico. Asimismo, podrán hacerle otros exámenes si su médico los considera necesarios.

Evaluación — Un médico hablará con usted sobre sus antecedentes médicos, exámenes y cualquier prueba que se haya hecho, para decidir si el aborto se puede hacer en Planned Parenthood.

Medicamentos para el dolor — Un miembro de nuestro personal le brindará información sobre los medicamentos que se pueden usar para aliviar el dolor. Recibirá instrucciones escritas para leer y firmar si le van a dar medicamentos que la relajen, adormezcan o duerman durante el aborto.

Abertura (dilatación) del cuello uterino — Es posible que sea necesario abrir el cuello uterino (dilatarlo) antes del aborto. En tal caso, le suministrarán información por separado sobre el medicamento y/o los pasos que se seguirán para abrir (dilatarse) el cuello uterino.

¿Qué debo hacer el día antes del aborto?

El día antes del aborto debe:

- Comprar toallas sanitarias tamaño grande y medicamento para el dolor (*por ej.* ibuprofeno/Advil o acetaminofeno/Tylenol) para usar después del aborto.
- Planificar para que su familia o amigos le proporcionen asistencia.

¿Qué me sucederá durante el aborto?

Le suministrarán medicamentos para el dolor. Es probable que le proporcionen medicamentos para anestesiar el cuello uterino. Usted, conjuntamente con su médico, decidirán qué otros medicamentos necesitará para ayudarlo a aliviar el dolor y las molestias durante el aborto.

Después de que comience a actuar el medicamento, su médico decidirá si el cuello uterino está listo (suficientemente abierto). Si es necesario dilatar más el cuello uterino (abrirlo), el médico lo

estirará con dilatadores

Cuando su cuello uterino está lo suficientemente abierto, se quita el contenido del útero (matriz) con succión. Se coloca un pequeño tubo de plástico en el útero que está conectado a una jeringa manual o máquina eléctrica que genera la succión. Se podrán introducir instrumentos quirúrgicos en el útero a través de la abertura del cuello uterino. Esto depende de cuánto hace que está embarazada.

Podrá sentir dolores abdominales durante y después del aborto a medida que el útero se contrae para volver a su tamaño normal. Su médico también podrá usar una cureta – un instrumento quirúrgico angosto – para sacar cualquier tejido remanente. El tejido se analizará cuidadosamente para determinar si se completó el aborto.

¿Qué ocurrirá después del aborto?

La llevarán a una sala de recuperación para que descanse. También la tendremos en observación para ver si se siente bien. Recibirá instrucciones sobre el período de recuperación y cómo cuidarse. Conversaremos con usted sobre planes para el control de la natalidad, salvo que ya lo haya hecho.

Cuando se sienta cómoda, por lo general después de unos 30 minutos, puede irse. Es posible que necesite otra persona para que la lleve a su casa. Es obligatorio en caso de haber tomado medicamentos sedantes.

¿Qué más debo saber?

Le daremos instrucciones sobre cómo cuidarse después del aborto e información sobre cuándo volver a vernos si tiene algún problema.

Es importante que entienda los riesgos potenciales, efectos secundarios y las complicaciones, como así también las demás opciones que usted tiene. No se pueden ofrecer garantías sobre el resultado del aborto. En el caso poco probable de que necesite atención médica de emergencia que Planned Parenthood no pueda suministrar, usted será responsable de los costos. Esta es la situación, aun cuando Planned Parenthood la derive a un hospital debido a una complicación.

Su salud es importante para nosotros. Si tiene cualquier pregunta o inquietud, llámenos al **1-877-994-6432**. Nos complacerá ayudarlo.

X _____
Firma de la cliente Fecha

La paciente recibió esta información. Dijo que la leyó y la entendió y tuvo la oportunidad de aclarar cualquier duda que pudiera tener.

Firma del testigo Fecha

Affix Label Here

Client Name: _____

DOB: _____ Client #: _____ Date: _____

Affix Label Here

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

SOLICITUD DE CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL Y ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE COSTUMBRES DE RESGUARDO DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Antes de dar su consentimiento, asegúrese de que entiende la información que se da a continuación. Si tiene alguna pregunta, con gusto la analizaremos con usted. Usted puede recibir una copia de este formulario.

Entiendo que debo informar al personal si necesito servicios de intérprete para entender la información escrita o hablada que se me dé durante mis visitas de atención de la salud. Entiendo que los servicios gratuitos de intérprete pueden no estar inmediatamente disponibles y es posible que Planned Parenthood me refiera a otras instalaciones de atención de la salud para que me proporcionen los servicios necesarios para mi cuidado.

<input type="checkbox"/> DIU dispositivo inserción/retiro	Vea CIIC: Dispositivos Anticonceptivos Intrauterinos (DIUs)
<input type="checkbox"/> Colposcopia	Vea CIIC: Colposcopia y biopsia cervical
<input type="checkbox"/> Implanon dispositivo inserción/retiro	Vea CIIC: Implante de Una Varilla (Implanon)
<input type="checkbox"/> Vasectomía	Vea CIIC: Vasectomía
<input type="checkbox"/> Aborto en la clínica	Vea CIIC: Aborto en la Clínica (por Succión)
<input type="checkbox"/> Aborto con píldoras	Se Vea CIIC: Cómo usar la Píldora Abortiva
<input type="checkbox"/> Aspiración después de aborto con píldoras	Se Vea CIIC: Respiración/Aspiración después de Tomar la Píldora Abortiva
<input type="checkbox"/> Misoprostol— segunda dosis	Vea CIIC: Cuando la Píldora Abortiva No Surte Efecto-- Cómo se Toma una Segunda Dosis de Misoprostol
<input type="checkbox"/> Sedación moderada	Vea CIIC: La Sedación Moderada
<input type="checkbox"/> Tratamiento de un aborto espontáneo	Vea CIIC: Tratamiento de un aborto espontáneo con _____
<input type="checkbox"/> Esterilización tubárica histeroscópica	Vea CIIC: Esterilización tubárica histeroscópica (HTS)
<input type="checkbox"/> Otro _____	Vea _____

Se me ha informado sobre la(s) prueba(s), tratamientos, servicio(s) / procedimiento(s) / cirugía que se proporcionarán, incluyendo los beneficios, riesgos, posibles problemas/complicaciones y opciones alternativas. Se me dio la *información escrita del paciente* y/o una copia de la Información del Cliente de Planned Parenthood para la hoja del Consentimiento con conocimiento de circunstancias y revisé dicha información.

Entiendo que con cualquier servicio / procedimiento / cirugía, también existe la posibilidad de efectos secundarios. Entiendo que debo hacer preguntas sobre todo lo que no entienda. Entiendo que un especialista clínico está disponible para responder a las preguntas que pudiera yo tener.

No se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados de este servicio / procedimiento / cirugía. Entiendo que es decisión mía someterme a este servicio / procedimiento / cirugía. Sé que puedo cambiar de opinión en cualquier momento con respecto a recibir este servicio en Planned Parenthood.

Se me darán referencias para diagnósticos o tratamientos adicionales, según sea necesario. Entiendo que si se necesita hacer una referencia, asumiré responsabilidad de obtener y pagar este servicio de atención. Se me ha informado cómo obtener atención en caso de una emergencia.

Affix Label Here

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Si surge una complicación inesperada durante el servicio / procedimiento / cirugía, solicito y autorizo al clínico y al personal autorizado de Planned Parenthood hacer cualquier cosa que sea necesaria a favor de mi bienestar y salud.

En caso de que necesite más medicamentos para el dolor a fin de continuar o completar de manera segura el procedimiento, solicito y autorizo al personal de Planned Parenthood que me dé los medicamentos que considere necesarios. Esto puede incluir medicamentos para reducir el dolor y/o la ansiedad. Entiendo que cada medicamento conlleva un pequeño riesgo. Entiendo que el clínico sólo usará los medicamentos si considera que es clínicamente indicado.

Solicito que una persona autorizada por Planned Parenthood proporcione la evaluación, pruebas y tratamientos adecuados (incluyendo un fármaco o dispositivo anticonceptivo, si lo solicito) y que realice el (los) servicio(s) / procedimiento(s) / cirugía indicado(s) previamente.

Entiendo que si los resultados de las pruebas para ciertas infecciones transmitidas sexualmente son positivos, la ley exige que se notifiquen los resultados positivos a las agencias de salud pública.

Entiendo que se mantendrá la confidencialidad según se describe en el *Aviso de prácticas de privacidad sobre la información de la salud* de Planned Parenthood. Doy mi consentimiento para el uso y la revelación de mi información de salud de acuerdo a lo descrito en el *Aviso de prácticas de privacidad sobre la información de la salud*.

Por la presente acuso recibo del Aviso de costumbres de resguardo de la confidencialidad de la información médica de Planned Parenthood.

Firma del paciente **X** _____ Fecha _____

Soy testigo de que el/la paciente recibió la información arriba mencionada, que él/ella afirmó haber leído y entendido la misma y que tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del testigo _____ Fecha _____

MARQUE AQUÍ SI EL TUTOR O PARIENTE DEL PACIENTE TIENE LA OBLIGACIÓN LEGAL DE FIRMAR A CONTINUACIÓN.

Firma de otra persona que da su consentimiento _____
Parentesco _____
Fecha _____

Soy testigo de que el tutor legal del/de la paciente (o la persona que da consentimiento en su nombre) recibió la información ya mencionada y que él/ella dijo haber leído y entendido la misma.

Firma del testigo _____
Fecha _____