

Two Kinds of Abortions: Differences Between Abortion by pill and In-Clinic Abortion

	Medical abortion "abortion by pill"	In-Clinic abortion (D & C)
Eligibility	Any woman without medical contraindications who is less than 63 days since the last normal menstrual period (LMP) as determined by Planned Parenthood® ultrasound. (63 days is 9.0 weeks.)	Any woman without medical contraindications who is at least 42 days LMP by Planned Parenthood ultrasound (42 days is 6.0 weeks).
Method description	Medical abortion is a pregnancy termination that is achieved by taking two medications, one taken by mouth on the day of your visit and one inserted between your cheek and gum one to two days later. This causes the pregnancy to be expelled.	Surgical abortion is surgery performed in an outpatient setting. A doctor places a speculum in the vagina, and injects a local anesthetic into the opening of the uterus (the cervix). The cervix is then gradually stretched, and a plastic tube is inserted into the uterus. The tube is connected to a suction machine, and the uterus is emptied by suction. In the first trimester abortion can be performed in approximately 10 minutes.
Medications	Patients will take between 200 (or 800) mgs of mifepristone (also known as Mifeprex) by mouth, at the first visit. One to two days later they will place 4 small tablets of misoprostol between the cheek and gum. Patients are given Tylenol #3 for pain, phenergan for nausea, and an antibiotic to decrease the risk of infection.	Patients are given optional medications that may vary based on her unique medical situation. Patients usually take 800 mg. Ibuprofen and 10 mg. Valium. They are also administered a local anesthetic during the surgery, and usually take doxycycline home with them to prevent infection.
Number of visits to the health center	At least two: on the first day of a medical abortion there is an initial visit of approximately 90 minutes in length, and two weeks later a follow up visit of about 60 minutes.	At least one lengthy visit; and a follow up exam 3 weeks later – this visit can take approximately 60 minutes.
Number of ultrasounds	At least two vaginal ultrasounds.	Usually one: on the day of surgery.
Provider	A clinician provides most medical abortion services at PPAZ under the supervision of a physician.	A physician performs all surgical abortions at PPAZ.
What to expect	Patients can expect some cramping on day one, and much more cramping on the day they place the misoprostol in the mouth. Cramps generally subside within a day or two. Patients should expect a day or two of discomfort, and must have some support at home to tolerate the effects of the abortion. This method requires some patience and maturity.	Patients can expect moderate to very heavy cramping during the abortion procedure, and those cramps should subside within 20 minutes of the procedure, becoming mild to moderate. Cramps are generally gone within a day or two.
Common complications	Bleeding, cramping, nausea, and diarrhea are common, especially on the day of inserting misoprostol. Phenergan will be dispensed on Day One of taking Mifeprex to decrease these effects. Approximately one or two women in one hundred will require an aspiration to relieve cramping, bleeding, or the passing of large clots.	Brief cramping, and bleeding for a few hours up to a few weeks is not uncommon, but bleeding for a few days is most common. Approximately one or two women in one hundred will require a second aspiration to relieve cramping, bleeding, or the passing of large clots.
Rare complications	Failure to terminate the pregnancy occurs in less than 1% of cases. A small percentage of women experience heavy bleeding, requiring treatment. About 1/100,000 women die during or after Medication abortion. About 10/100,000 women die during a full term pregnancy. Rarely, patients may experience prolonged vaginal bleeding.	There is a failure rate of approximately 1% or less, in which the pregnancy is not terminated. Other complications may include cervical tearing, perforation of the uterus, allergic reactions to drugs, and very heavy bleeding requiring a treatment. Very rarely, blood transfusions, hysterectomy or death. About 0.1/100,000 (1 in a million) women die during or after a surgical abortion at 8 weeks gestation.
Other issues	May not use tampons for post-abortion bleeding. Patients who are at least 8 weeks at the first visit may see an embryo in the tissue and clots they pass, but most women do not. No sex for two weeks after Mife treatment.	Should use only pads, not tampons, for post-abortion bleeding. No sex, douching, or vaginal medications for two weeks after surgery.
Cost	The fee for both types of early abortion is \$900. A discounted price is offered for patients who pay in full on the day of service: that fee is \$450. Some insurance plans cover this service; check with your insurance company.	

Dos Tipos de Abortos: Diferencias entre el Aborto con Píldora y el Aborto en Clínica

	Aborto Médico “Aborto con Píldora”	Aborto en Clínica (D y C)
Elegibilidad	Cualquier mujer sin contraindicaciones médicas que lleve menos de 63 días desde su último periodo menstrual (UPM) normal, según el ultrasonido de Planned Parenthood. (63 días son 9.0 semanas)	Cualquier mujer sin contraindicaciones médicas que lleve por lo menos 42 días desde su último período menstrual (UPM) según el ultrasonido de Planned Parenthood (42 días son 6.0 semanas).
Descripción del Método	El Aborto Médico es la terminación del embarazo que se logra tomando dos medicamentos: uno por vía oral el día de su visita y uno que se coloca entre la mejilla y las encías, uno o dos días después. Esto causa que el embarazo sea expulsado.	El aborto quirúrgico es una cirugía que se lleva a cabo sin que la paciente tenga que ser internada. El médico coloca un espéculo en la vagina e inyecta una anestesia local en la apertura del útero (cervix). Luego, se estira el cervix gradualmente y se inserta un tubo de plástico en el útero. El tubo se conecta a una máquina de succión, la cual vacía el útero. Durante el primer trimestre el aborto puede llevarse a cabo aproximadamente en 10 minutos.
Medicamentos	En su primera visita, la paciente tomará entre 200 y 800 mg. de mifepristona (también conocida como Mifeprex por vía oral. Uno o dos días después se colocarán 4 tabletas pequeñas de misoprostol entre la mejilla y las encías. Las pacientes recibirán Tylenol #3 para el dolor, fenergan para la náusea, y un antibiótico para reducir el riesgo de infección.	Las pacientes reciben medicamentos opcionales, que pueden variar dependiendo de su situación médica personal. Las pacientes generalmente toman 800 mg. De Ibuprofeno y 10 mg. De Valium. Además, se les administra anestesia local durante la cirugía y por lo general llevan a su casa doxiciclina para prevenir infecciones.
Número de visitas al centro de salud	Por lo menos dos: el primer día de un aborto médico hay una visita inicial de aproximadamente 90 minutos de duración, y dos semanas después hay una visita de chequeo de aproximadamente 60 minutos.	Por lo menos una visita larga y un examen de chequeo 3 semanas después – esta visita puede tomar aproximadamente 60 minutos.
Número de ultrasonidos	Por lo menos 2 ultrasonidos vaginales	Por lo general uno, el día de la cirugía
Proveedor	En PPAZ una enfermera provee la mayoría de los servicios de aborto médico, bajo la supervisión de un médico.	En PPAZ un médico realiza todos los abortos quirúrgicos.
Qué se puede esperar	Las pacientes pueden esperar tener algunos cólicos el primer día y muchos más cólicos el día que se coloquen el misoprostol en la boca. Por lo general, los cólicos desaparecen en 1 o 2 días. Las pacientes deberán esperar tener uno o dos días de incomodidad y deberán tener apoyo en casa para poder tolerar los efectos del aborto. Este método requiere paciencia y madurez.	Las pacientes pueden esperar tener cólicos desde moderados hasta muy fuertes durante el procedimiento del aborto, los cuales disminuirán en un marco de 20 minutos, volviéndose de moderados a leves. Por lo general, los cólicos desaparecerán en uno o dos días.
Complicaciones comunes	Sangrado, cólicos, náusea y diarrea son complicaciones comunes, especialmente el día que se inserta misoprostol. Para disminuir los efectos, puede tomar Fenegran en el día que tome Mifeprex. Aproximadamente 1 o 2 mujeres de cada 100 requieren una succión para aliviar los cólicos, el sangrado o el flujo de coágulos grandes.	Los cólicos breves y el sangrado desde algunas horas hasta unas cuantas semanas no son complicaciones inusuales. Aproximadamente una o dos mujeres de cada 100 requerirán una segunda succión para aliviar los cólicos, el sangrado o el flujo de coágulos grandes.
Complicaciones poco comunes	El porcentaje de fracaso en la terminación del embarazo es menos del 1%. Un pequeño porcentaje de mujeres experimenta sangrado en abundancia, requiriendo tratamiento. Aproximadamente 1 de cada 100,000 mujeres muere durante o después del aborto médico. Aproximadamente 10 de cada 100,000 mujeres mueren después de un embarazo completo. En raras ocasiones, las pacientes tienen sangrado vaginal prolongado.	El porcentaje de fracaso en la terminación del embarazo es de 1% o menos. Otras complicaciones pueden incluir rasgado cervical, perforación del útero, reacciones alérgicas a los medicamentos y sangrado muy abundante que requiere tratamiento. Muy rara vez, transfusiones de sangre, histerectomía o muerte. Aproximadamente 0.1 de cada 100,000 (1 en cada millón) de mujeres muere durante o después de un aborto quirúrgico a las 8 semanas de gestación.
Otros Asuntos	No se puede usar tampones para el sangrado después del aborto. Los pacientes que están por lo menos en su octava semana de gestación en la primera visita podrían ver un embrión en el tejido fino y los coágulos que expulsan, pero la mayoría de las mujeres no lo ven. No podrá tener relaciones sexuales durante 2 semanas después del tratamiento con Mifeprex.	Para el sangrado después del aborto debe utilizar solamente toallas sanitarias y no tampones. No puede tener relaciones sexuales ni tomar medicamentos vaginales por dos semanas después de la cirugía.
Costo	La cuota para los dos tipos de aborto temprano es de \$900. Se ofrece un precio con descuento equivalente a \$450 para aquellas pacientes que paguen al contado el día del servicio. Algunos planes de seguro cubren este servicio, favor de contactar a su compañía de seguros.	

Información para la clienta para un consentimiento informado

CÓMO USAR LA PÍLDORA ABORTIVA

Antes de hacerse el aborto, es importante que conozca los principales beneficios, efectos secundarios, riesgos y alternativas. A continuación los enumeramos. Nos complacerá responder a cualquier pregunta que pueda tener.

“Píldora abortiva” es un nombre popular para un medicamento llamado mifepristona. (Mifeprex® es el nombre de la marca.) Pone fin al embarazo. Lo logra evitando que el cuerpo produzca una hormona llamada progesterona. El embarazo no puede avanzar sin progesterona. **Después de tomar la píldora abortiva, tomará un segundo medicamento llamado misoprostol.** Abre el cuello uterino y hace que el útero se contraiga. Esto vacía el útero y completa el proceso. Este procedimiento en su totalidad se llama aborto inducido por medicamentos.

Hay diferentes maneras de tomar estos medicamentos. Hay una manera aprobada por la FDA. El método que propone la FDA se menciona en la Guía de Medicamentos y Acuerdo para el Paciente. Usted leerá estos documentos. Tendrá que firmar el Acuerdo para el Paciente Danco para indicar que entiende la manera sugerida por la FDA. Se han estudiado diferentes alternativas para tomar estos medicamentos que también son seguras y efectivas. Si elige una de estas alternativas, tomará la píldora abortiva (Mifeprex) en el consultorio. Luego, tomará las píldoras de misoprostol en su casa. Nosotros le daremos las indicaciones, “Cómo tomar las píldoras”. Es importante que siga las indicaciones. La dosis y el momento de tomar las píldoras es diferente de la manera que propone la FDA.

Beneficios — Usar la píldora abortiva conjuntamente con el misoprostol es seguro y efectivo. En Planned Parenthood ha sido eficaz 98 de 100 veces. Las mujeres las pueden usar en las primeras 9 semanas (63 días) de embarazo.

Efectos secundarios — Por lo general, no duran mucho y usualmente estos efectos necesitan poco o ningún tratamiento.

- **Calambres abdominales** — Serán más fuertes después que toma el misoprostol. Luego, podrá sentir calambres abdominales más leves por un día o dos.
- **Sangrado** — Será más intenso poco después de tomar el misoprostol. Podrá sangrar o manchar de tres a cuatro semanas después del aborto. Puede esperar su próximo período en un plazo de cuatro a ocho semanas.
- **Fiebre** — Es normal tener una temperatura de 99–100°F. Sólo debería durar brevemente.
- **Otros** — Es común tener diarrea, náuseas, vómitos, dolores de cabeza, mareos, dolor de espalda y fatiga. Por lo general, estos síntomas se alivian tres días después y desaparecen en dos semanas.

Reacciones emocionales — Es normal sentir una amplia gama de emociones con respecto al aborto. La mayoría de las mujeres siente alivio y no lamentan su decisión. Otras pueden sentir tristeza, culpa o arrepentimiento después de un aborto, emociones que también pueden surgir después de un parto. Si no puede reincorporarse a sus actividades habituales o se siente mal después de transcurridas dos semanas, llámenos. Podemos ayudarla o referirla a una persona que podrá ayudarla.

Riesgos — Usar la píldora abortiva conjuntamente con misoprostol es seguro y efectivo. No obstante, existen riesgos al igual que con cualquier procedimiento médico. Su estado de salud general es otro factor que afecta el riesgo de complicaciones. El nivel de riesgo aumenta si no está en buen estado de salud. Los riesgos que pueden estar relacionados con este procedimiento incluyen:

- **No se pone fin al embarazo** — A veces, los medicamentos no ponen fin al embarazo. Pero pueden causar defectos de nacimiento graves. Es posible que tenga que tomar medicamentos adicionales o hacerse un aborto en una clínica u hospital si el embarazo continúa.
- **Aborto incompleto** — A veces el contenido del útero no se vacía por completo. Esto puede causar sangrado excesivo, infección o ambos. Si esto ocurre, puede ser necesario repetir el aborto en una clínica u hospital. Quizá sean necesarias más pruebas o tratamiento.
- **Coágulos de sangre en el útero** — Los coágulos pueden causar calambres y dolor abdominal. Es posible que tenga que hacerse un procedimiento quirúrgico si esto ocurre.
- **Sangrado excesivo o extenso** — Para detener el sangrado, es posible que necesite tratamiento. Esto puede incluir medicamentos o un procedimiento por succión. En algunos casos, es necesario una transfusión sanguínea.
- **Infección** — La mayoría de las infecciones son fáciles de tratar con medicamentos. Sin embargo, existe una pequeña probabilidad de que tenga que hacerse un aborto en una clínica, que usted sea hospitalizada o incluso que le hagan una cirugía para tratar la infección.
- **Reacción alérgica** — Algunas mujeres pueden ser alérgicas a los medicamentos que se utilizan. Cualquier tipo de medicamento puede causar reacciones graves por sí solo o cuando se combina con otro. Es importante que usted nos informe sobre todos los medicamentos que está tomando o a los que es alérgica. Esto incluye medicamentos botánicos.
- **Muerte** — Es muy raro que ocurra la muerte debido al aborto inducido por medicamentos. Es mucho más alto el riesgo de muerte a causa de un embarazo a término y parto.

Llámenos de inmediato si tiene:

- **Dolor abdominal** — Esto incluye sentirse mal, debilidad, náuseas, diarrea o vómitos. Estos síntomas no deberían durar más de 24 horas después que toma el segundo medicamento. Llámenos de inmediato si persisten. Cualquiera de estos síntomas puede ser señal de una infección grave. O podría tratarse de otro problema como un embarazo ectópico. (Un embarazo que crece fuera del útero.)
- **Sangrado intenso** — Llámenos de inmediato si moja dos toallas higiénicas maxi cada hora durante dos horas seguidas. O llámenos si piensa que está sangrando en exceso. Una de cada 100 mujeres sangra tanto que necesita un procedimiento quirúrgico para detener el sangrado.
- **Fiebre** — Llámenos de inmediato si la fiebre sube a 100.4°F o más, si dura por cuatro horas y ocurre unos días después que usted tomó la segunda píldora. La fiebre alta puede ser señal de una infección grave. O podría tratarse de otro problema, como un embarazo ectópico.

Le daremos instrucciones sobre cómo cuidarse durante el aborto, así como un número de teléfono especial para comunicarse con nosotros si tiene un problema. También le daremos un turno para que regrese a Planned Parenthood® para una visita de seguimiento.

No se pueden ofrecer garantías sobre el resultado de un aborto inducido por medicamentos. En el caso poco probable que necesite atención médica de emergencia que no se pueda proporcionar en Planned Parenthood[®], usted será responsable por pagarla — aunque Planned Parenthood la refiera a otro médico u hospital debido a una complicación médica.

Opciones

Existen dos alternativas al aborto. Tener el niño y criarlo o darlo en adopción. Podemos conversar con usted sobre cualquiera de estas opciones. Y podemos ayudarla con cualquiera de las decisiones que tome.

Existen alternativas a la píldora abortiva. Puede hacerse el aborto en una clínica o en un hospital. O puede ir a otro proveedor de atención médica. Puede hacerse el aborto ahora o más adelante. Pero cuanto más avanza el embarazo mayores son los riesgos.

Su salud es importante para nosotros. Si tiene cualquier preguntas o preocupaciones llaman en durante las horas de oficina 1.800.230.PLAN (7526). Para emergencias después de las horas de oficina llaman 602.277.2457 o en Tucson 520.791.3684. Somos felices ayudarle.

Firma de la cliente

Fecha

Soy testigo de que la cliente recibió esta información, dijo que la leyó y la entendió y tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del/de la testigo

Fecha

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PLACE PT LABEL HERE

Apellido		Primer Nombre		Inicial	Apodo o Sobrenombre
Número de Seguro Social (XXX-XX-XXXX) - -		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) / /		Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Domicilio				¿Cómo prefiere que la/lo contactemos? <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono	
Ciudad		Estado	Código Postal	Condado	
Raza (marque todas las que sean pertinentes) <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático(a) o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro(a) <input type="checkbox"/> De Varias Razas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Blanco(a)		Etnia <input type="checkbox"/> Hispano(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)	Estado Civil <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	Estado Estudiantil <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> No soy Estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Parcial	
# de Teléfono del Hogar ()	# de Teléfono durante el Día ()		# de Teléfono Alterno ()		Correo Electrónico (E-mail)
Nombre de un Contacto para Casos de Emergencia	# de Teléfono de su Contacto para Casos de Emergencia ()	¿Cómo se enteró de Planned Parenthood® Arizona?			
Ingreso Familiar \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual			Tamaño de su Familia (<i>número de personas sustentadas por sus ingresos</i>)		
Bajo el Título X del Acta de Servicios de Salud Pública, hay fondos disponibles para algunos servicios sin costo alguno o con descuento basado en el ingreso familiar y el tamaño de la familia. ¿Desea ser considerado(a) para este programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO					
Servicio Completo de Planeación Familiar bajo el Título X disponible en: <i>Calle 7, Archer, Globe, Maryvale, Mesa, Sur de Phoenix, Yuma</i>			Servicio de Planeación Familiar bajo el Título X Solamente para Adolescentes disponible en: <i>Glendale, Prescott, Scottsdale, Valle Suroeste</i>		
Menores: Para la mayoría de servicios no es necesario ni requerido que usted les diga a sus padres que ha venido aquí este día; sin embargo, por favor infórmenos si sus padres están enterados de su visita de hoy. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Se mantendrá la confidencialidad excepto en aquellos casos en que la ley estatal requiera lo contrario.					
INFORMACIÓN DE SEGURO / AHCCCS					
Parentesco del Asegurado con el paciente: <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Cónyuge					
Apellido del Asegurado Principal	Primer Nombre	Número de Seguro Social - -		Fecha de Nacimiento / /	
Género del Asegurado Principal <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Nombre del Asegurado Principal, Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal <input type="checkbox"/> Igual que el Paciente				Telefono del Asegurado
Nombre del Plan		Número de Póliza		Número de Grupo	
Domicilio del Plan, Ciudad, Estado y Código Postal				# de Teléfono de Contacto ()	

Reconozco que toda la información anterior es verdadera y correcta y que ha sido provista a esta oficina con pleno conocimiento. Autorizo el pago de beneficios médicos al proveedor por todos los servicios provistos o que serán provistos en el futuro, sin tener que obtener mi firma para cada reclamo que sea presentado, y quedaré obligado(a) a hacer estos pagos como si yo hubiera firmado personalmente el reclamo. Además, autorizo la divulgación de toda aquella información médica que sea necesaria. **COMPRENDO QUE SOY REponsable DE TODOS LOS CARGOS A MI CUENTA.** Si esta cuenta fuera referida a una agencia de recolección de pagos, seré responsable del pago de todas las cuotas de recolección y/o cuotas legales. He leído y comprendo las políticas y los procedimientos de esta oficina.

Firma del Paciente

Fecha

PLACE PT LABEL HERE

INSURANCE & TITLE X VERIFICATION

*Insurance/AHCCCS eligibility and verification of benefits must be performed for each patient encounter.
Title X eligibility must be performed every six months, along with a PIF update.*

Verification Date: Date of Service: Procedure or Service: Is this a covered benefit under the members plan?

 / / / / _____ Yes No

Insurance effective on DOS? Co-Pay Amount: Co-Insurance Amount: Has Deductible been met? Deductible amount:

Yes No _____ _____ Yes No _____

Does the procedure or service need prior authorization? Yes No Prior authorization #: _____

If PPAZ is not in the member's network, does the patient have out-of network benefits? Yes No

Comments: _____

Name of Insurance Representative spoken with to verify insurance: _____

Signature of Staff Verifying Insurance Information _____

TITLE X VERIFICATION / ELIGIBILITY

Title X Excluded Visit: Yes No ***IF "NO" complete the following:***

Title X Program Eligible: Yes No

Income Level: _____ Slide % _____

If Client income is less than 100% of FPL, client was encouraged to follow up with AHCCS / DES Yes No

Staff Signature: _____ **Date:** _____

ABORTION QUALIFIER CHECKLIST FOR MINORS

Pursuant to ARS - 36 - 2152 the following item qualifies this patient for an abortion.

- Parental Consent does not apply
- Parental Consent - signed PPAZ Parental Consent form on file
- Court Order - copy of Court Order on file
- Sexual Abuse - signed Sexual Abuse Certification on file (Physician must report and forward sample fetal tissue)
- Physicians Certification - copy of certification from physician that states a medical condition as described in ARS - 36 - 2152 (g2)
- Emancipated - copy of marriage license or military documents on file

Type of ID Shown: _____ **ID #:** _____

Staff Signature: _____ **Date:** _____

HISTORIAL MÉDICO FEMENINO / REVISIÓN DE SISTEMAS

Fecha: ____ / ____ / ____ Edad: ____

HISTORIA PERSONAL		CARDIOVASCULAR – ¿Tiene o alguna vez ha tenido:	
1. ¿Está recibiendo actualmente tratamiento para alguna enfermedad/condición médica?	SÍ NO	1. ¿Pies/piernas hinchados/hinchadas?	SÍ NO
Si contestó Sí, ¿para cuál?		2. ¿Várices/venas varicosas/flebitis?	SÍ NO
2. ¿Fuma cigarrillos?	SÍ NO	3. ¿Presión alta?	SÍ NO
Si contestó Sí, ¿cuántos por día?		4. ¿Colesterol alto o grasas altas?	SÍ NO
3. ¿Toma/bebe alcohol?	SÍ NO	5. ¿Enfermedad del corazón, cirugía del corazón, o soplo en el corazón?	SÍ NO
Si contestó Sí, ¿qué tan seguido?		6. ¿Apoplejía/derrame o síntomas de apoplejía/derrame?	SÍ NO
4. ¿Usa drogas callejeras?	SÍ NO	COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
Si contestó Sí, ¿cuál(es)?			
5. ¿Usa medicinas que no requieren receta médica?	SÍ NO	GASTROINTESTINAL – ¿Tiene o alguna vez ha tenido:	
Si contestó Sí, ¿cuál(es)?		1. ¿Náusea/vómito frecuente?	SÍ NO
6. ¿Toma medicinas que requieren receta médica?	SÍ NO	2. ¿Diarrea regularmente?	SÍ NO
Si contestó Sí, ¿cuál(es)?		3. ¿Sangre en las heces?	SÍ NO
7. ¿Se siente segura en su relación actual?	SÍ NO	4. ¿Problemas estomacales, intestinales, o úlceras?	SÍ NO
8. ¿Tiene preocupaciones de violencia doméstica?	SÍ NO	5. ¿Acidez estomacal severa?	SÍ NO
9. ¿La está forzando alguien a tener sexo?	SÍ NO	COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
COMENTARIOS DEL PERSONAL:			
HISTORIAL DE EMBARAZO		MÚSCULOESQUELÉTICO	
1. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?		1. ¿Ha tenido hinchazón/dolor en las articulaciones?	SÍ NO
2. Número de partos normales:	3. Número de hijos que viven:	2. ¿Cuántas veces se ha fracturado un hueso?	
4. Edad de cada niño(a):	5. Número de hijos prematuros:	3. ¿Tiene alguna dificultad sensorial?	SÍ NO
6. Número de cesáreas:	7. Número de hijos con defectos de nacimiento:	COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
8. Número de muerte fetal:	9. Número de abortos:		
10. Número de malpartos / pérdidas:	11. Número de embarazos ectópicos:	NEUROLÓGICO – ¿Tiene o alguna vez ha tenido:	
12. Número de partos vaginales:		1. ¿Migrañas/dolores de cabeza severos diagnosticados por un Doctor?	SÍ NO
13. ¿Está dando de amamantando actualmente?	SÍ NO	2. ¿Cambios visuales no relacionados con anteojos de graduación o lentes de contacto?	SÍ NO
14. ¿Tiene planes de embarazo para el siguiente año?	SÍ NO	3. ¿Se desmaya cuando le sacan sangre?	SÍ NO
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		4. ¿Ataques epilépticos?	SÍ NO
		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
HISTORIAL MENSTRUAL		ENDOCRINO	
¿Primer día de su último ciclo menstrual? Fecha: ____ / ____ / ____		1. ¿Tiene sed frecuentemente sin ninguna razón?	SÍ NO
1. ¿Fue éste un ciclo normal?	SÍ NO	2. ¿Tiene hinchazón en el cuello/nuca?	SÍ NO
2. ¿Son sus ciclos usualmente regulares?	SÍ NO	3. ¿Tiene sudores nocturnos?	SÍ NO
3. ¿Por cuántos días sangra regularmente?		4. ¿Tiene diabetes/diabetes gestacional?	SÍ NO
4. ¿De cuántos días son sus ciclos?		5. ¿Tiene enfermedad de la tiroides/tiroidea?	SÍ NO
Es su regla usualmente: () leve () mediana () intensa		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
5. ¿A qué edad le vino la regla?			
6. ¿Padece de alguno de los siguientes cuando le viene la regla (marque con ✓ todos los pertinentes):		ALERGIAS / INMUNOLOGÍA	
() calambres () náusea () dolor de cabeza () dolor de espalda		1. ¿Padece de alguna alergia?	SÍ NO
() tensión pre-menstrual () sangrado/manchas de sangre entre menstruaciones		2. ¿Está al día su inmunización contra el sarampión?	SÍ NO
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	

HISTORIAL MÉDICO FEMENINO / REVISIÓN DE SISTEMAS

HISTORIAL SEXUAL		GENITOURINARIO	
1. ¿Se encuentra actualmente sexualmente activa?	SÍ NO	1. ¿Infecciones o enfermedades del sistema urinario, vejiga, riñones?	SÍ NO
2. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?		2. ¿Siente dolor o sangra al tener sexo?	SÍ NO
3. ¿Podría estar embarazada ahora?	SÍ NO	3. ¿Cuándo le hicieron su última prueba de Papanicolaou? Fecha: / /	/
4. ¿Cuántas parejas sexuales tiene actualmente?		4. ¿Ha tenido alguna prueba de Papanicolaou anormal?	SÍ NO
5. ¿Cuánto tiempo lleva con su(s) pareja(s) actual(es):		Si contestó "Sí", ¿cuándo?	
6. ¿Cuántas parejas ha tenido en los últimos 12 meses?		5. ¿Ha tenido o le han hecho cualquiera de los siguientes (marque con ✓ todos los pertinentes)?	
7. Tiene relaciones sexuales con: () hombres () mujeres () ambos		() colposcopia () criocirugía () láser () LEEP	
8. Participa usted en (marque así ✓ todos los que sean pertinentes): () sexo oral () sexo vaginal () sexo anal () sexo sin penetración		() endometriosis () fibroides () quistes ováricos	
9. ¿A qué edad empezó a tener relaciones sexuales?		6. ¿Ha tenido alguna de las siguientes? (marque ✓ las pertinentes)	
10. ¿Tiene alguna inquietud sexual?	SÍ NO	() clamidia () gonorrea () verrugas genitales	
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		() herpes () sífilis () Enfermedad Pélvica Inflamatoria () VIH	
		7. ¿Tomó su madre DES al estar embarazada con usted?	SÍ NO
HISTORIAL FAMILIAR Historial Familiar no disponible <input type="checkbox"/>		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
¿Ha tenido su familia biológica (madre, padre, hermano, hermana) alguno de los siguientes (haga un círculo alrededor de los que sean pertinentes):			
Diabetes	MADRE PADRE HERMANO HERMANA	HEMATOLÓGICO / LIMFÁTICO	
Presión alta	MADRE PADRE HERMANO HERMANA	1. ¿Ha tenido alguna vez un bulto en el pecho o descarga del pezón?	SÍ NO
Derrame antes de los 55 años	MADRE PADRE HERMANO HERMANA	2. ¿Tiene los ganglios hinchados en las axilas (debajo de sus brazos)?	SÍ NO
Enfermedad del corazón antes de los 55 años	MADRE PADRE HERMANO HERMANA	3. Cuando se corta, ¿sangra excesivamente?	SÍ NO
Alto nivel de Colesterol o grasas	MADRE PADRE HERMANO HERMANA	4. ¿Le salen contusiones (moretes) frecuentes sin ninguna razón?	SÍ NO
Cáncer de los senos	MADRE PADRE HERMANO HERMANA	5. ¿Ha sido alguna vez anémica?	SÍ NO
Cáncer ovárico	MADRE HERMANA	6. ¿Tiene problemas de coagulación de la sangre?	SÍ NO
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		7. ¿Ha tenido cirugía de los senos?	SÍ NO
		8. ¿Tiene un historial de cáncer?	SÍ NO
COTROL DE LA NATALIDAD		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
1. ¿Está usando actualmente algún método de control de la natalidad? SÍ NO			
Si contestó "Sí", ¿cuál método?			
2. ¿Qué método de control de la natalidad desea?			
3. Si ha usado control de la natalidad anteriormente, escríbalo enseguida:		RESPIRATORIO	
Tipo de control de natalidad	Cuándo lo uso	Problemas, si tuvo alguno	1. ¿Tiene alguna enfermedad pulmonar (asma, tuberculosis)?
			SÍ NO
		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	
		PSICOLÓGICO	
		1. ¿Padece de depresión, enfermedad mental, o problemas de ansiedad?	
		SÍ NO	
COMENTARIOS DEL PERSONAL:		COMENTARIOS DEL PERSONAL:	

Doy la información anterior libremente. La información es completa y correcta a mi mejor saber y entender. Comprendo que es solamente para el uso de Planned Parenthood ® y no será divulgada a nadie más sin mi permiso escrito, a no ser que haya una orden judicial.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Proveedor Médico

Fecha

Planned Parenthood Arizona
5651 N. 7th Street
Phoenix, Arizona 85014
1.800.230.PLAN (7526)

SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS Y RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE LA NOTICIA SOBRE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS SOBRE INFORMACIÓN DE SALUD

FECHA _____ NÚM. DE PACIENTE _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚM. TELEFÓNICO _____

Antes de dar su consentimiento, es importante que entienda la información que sigue a continuación. Si tiene alguna pregunta, nos complacerá conversar con usted para aclararle cualquier duda. Usted puede solicitar una copia de este formulario.

Entiendo que debo informar al personal si necesito servicios de interpretación del idioma con el fin de entender la información escrita y verbal que se me da durante mis consultas de cuidado de la salud. Entiendo que es posible que no haya ningún intérprete disponible inmediatamente y que Planned Parenthood[®] tenga que referirme a otras instalaciones del cuidado de la salud para que me proporcionen los servicios necesarios para mi cuidado.

He recibido información sobre la(s) prueba(s), tratamiento(s), procedimiento(s), método(s) anticonceptivo(s) que me serán suministrados, incluyendo los beneficios, riesgos, complicaciones y/o problemas posibles y opciones alternativas. Entiendo que debo hacer preguntas sobre todo lo que no comprendo y que un médico estará disponible para contestar a cualquier pregunta que pudiera tener.

No se me ha ofrecido garantía alguna con respecto a los resultados que podré obtener de los servicios que reciba. Entiendo que es mi decisión recibir o no estos servicios y que en cualquier momento puedo cambiar de opinión acerca de si recibir o no los servicios médicos de Planned Parenthood.

Entiendo que si el resultado de ciertas pruebas de infecciones por transmisión sexual da positiva, la ley obliga a informar a los organismos de salud pública.

Si es necesario recibiré una referencia para procurar diagnóstico o tratamientos adicionales. Entiendo que si necesito una referencia, asumiré la responsabilidad de obtener y pagar esa atención médica. Me han informado cómo obtener atención en caso de emergencia.

Entiendo que se mantendrá la confidencialidad según se describe en Planned Parenthood Arizona *Aviso de Prácticas de Privacidad sobre la Información de la Salud (Notice of Health Information Privacy Practices)*. Autorizo a que se use y se divulgue la información sobre mi salud según se describe en el *Aviso de Prácticas de Privacidad sobre la Información de la Salud*.

Por la presente acepto que una persona autorizada por Planned Parenthood lleve a cabo una evaluación, prueba y tratamiento (incluyendo un fármaco o dispositivo anticonceptivo, si lo solicito).

**Request for Medical Services and Acknowledgement of Receipt of Notice of Health Information
Privacy Practices Spanish**
I-B-2a Spanish
Revised June 2007

Reconozco por la presente que recibí de Planned Parenthood Arizona la noticia sobre las prácticas privadas sobre información de salud.

Firma del paciente _____
Fecha

Soy testigo de que el/la paciente recibió la información arriba mencionada y que él/ella leyó y entendió la misma y tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del testigo _____
Fecha

<input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ SI EL TUTOR O PARIENTE DEL PACIENTE ESTÁ OBLIGADO POR LEY A FIRMAR A CONTINUACIÓN	
_____ Firma de cualquier otra persona que otorgue autorización	_____ Fecha
Relación con el paciente _____	
Soy testigo de que el tutor legal del/de la paciente (o persona que actúa en su nombre) recibió la información arriba mencionada y que él/ella leyó y entendió la misma.	
_____ Firma del testigo	_____ Fecha