

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

## HISTORIAL MÉDICO FEMENINO / REVISIÓN DE SISTEMAS

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

*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

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

	<b>Medical abortion "abortion by pill"</b>	<b>In-Clinic abortion (D &amp; C)</b>
<b>Eligibility</b>	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).
<b>Method description</b>	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.
<b>Medications</b>	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.
<b>Number of visits to the health center</b>	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.
<b>Number of ultrasounds</b>	At least two vaginal ultrasounds.	Usually one: on the day of surgery.
<b>Provider</b>	A clinician provides most medical abortion services at PPAZ under the supervision of a physician.	A physician performs all surgical abortions at PPAZ.
<b>What to expect</b>	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.
<b>Common complications</b>	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.
<b>Rare complications</b>	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.
<b>Other issues</b>	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.
<b>Cost</b>	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

	<b>Aborto Médico “Aborto con Píldora”</b>	<b>Aborto en Clínica (D y C)</b>
<b>Elegibilidad</b>	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 periodo menstrual (UPM) según el ultrasonido de Planned Parenthood (42 días son 6.0 semanas).
<b>Descripción del Método</b>	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 (cérvix). 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.
<b>Medicamentos</b>	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.
<b>Número de visitas al centro de salud</b>	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.
<b>Número de ultrasonidos</b>	Por lo menos 2 ultrasonidos vaginales	Por lo general uno, el día de la cirugía
<b>Proveedor</b>	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.
<b>Qué se puede esperar</b>	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.
<b>Complicaciones comunes</b>	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.
<b>Complicaciones poco comunes</b>	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.
<b>Otros Asuntos</b>	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.
<b>Costo</b>	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 cliente para un consentimiento informado

### **ABORTO EN LA CLÍNICA POR DILATACIÓN Y EVACUACIÓN (D&E)**

Antes de hacerse un aborto por D&E, es importante que conozca los beneficios más comunes, efectos secundarios, riesgos y alternativas. A continuación le damos esta información. Nos complacerá responder a cualquier pregunta que pueda tener.

El **aborto por dilatación y evacuación (D&E)** termina un embarazo usando una combinación de succión e instrumentos para remover el contenido y el revestimiento del útero. La forma en que se lleva a cabo este procedimiento dependerá de cuánto hace que está embarazada. Esto se calcula contando desde el primer día de su último período o haciendo una prueba de ultrasonido.

#### **Preparación antes del aborto**

**Información y consentimiento** — Un miembro del personal médico:

- Evaluará su historial clínico.
- Le explicará el procedimiento.
- Responderá a sus preguntas.
- Obtendrá su autorización por escrito.

**Pruebas de laboratorio** — Las pruebas podrán incluir:

- una prueba de embarazo
- un análisis de sangre para verificar su tipo sanguíneo y ver si tiene anemia (bajo nivel de hierro)
- otras pruebas que podría recomendar el profesional de la salud

**Ultrasonido** — Es posible que tenga que hacerse una prueba de ultrasonido. Esta prueba ayuda a determinar cuánto hace que está embarazada. Si se necesita una prueba de ultrasonido, se pasa un transductor sobre el abdomen o se inserta en la vagina para obtener una imagen del embarazo.

**Examen físico** — Le tomarán la presión arterial y le harán un examen pélvico. Si es necesario se hará un examen adicional.

**Evaluación** — Un **médico** revisará su historial clínico, examen físico y cualquier otra prueba para determinar si el aborto se puede hacer en Planned Parenthood®.

**Medicamento contra el dolor** — Un miembro del personal médico va a hablar con usted sobre las distintas opciones. Le daremos instrucciones escritas que usted tendrá que leer y firmar si va a recibir medicamentos que tengan el efecto de relajarla, adormecerla o dormirla durante el procedimiento.

**Preparación del cuello uterino** — Es posible que tengan que prepararle el cuello uterino antes del procedimiento. En tal caso, le proporcionarán información sobre el medicamento y/o el tratamiento que se va a utilizar.

**Preparación anticipada** — El día antes del procedimiento

- Compre toallitas higiénicas maxi y analgésicos, por ejemplo ibuprofeno (Advil) o acetaminofeno (Tylenol) para usar después.
- Haga los arreglos necesarios para contar con la ayuda de su familia o amigos.

**El procedimiento de aborto**

Le daremos medicamentos para el dolor. Puede incluir un anestésico local (para dormir el cuello uterino, la abertura al útero) u otros medicamentos que usted y su profesional de la salud han acordado para disminuir el dolor y las molestias durante el procedimiento.

Después que el medicamento para el dolor comience a hacer efecto, el profesional de la salud decidirá si el cuello uterino está preparado. Si es necesario más dilatación, el profesional de la salud estirará gradualmente la abertura del cuello uterino con instrumentos angostos llamado dilatadores. Cuando el cuello uterino esté lo suficientemente abierto, se quita el contenido del útero mediante una combinación de succión (aspiración al vacío) e instrumentos. La succión se hace insertando un tubo pequeño de plástico en el útero y conectándolo a una jeringa manual o a una máquina de succión eléctrica. Los instrumentos se insertan en el útero a través del cuello uterino. El método que se utiliza dependerá de cuánto hace que está embarazada.

Es posible que sienta calambres durante y después del procedimiento a medida que el útero se contrae y recupera su tamaño más pequeño. El profesional de la salud también puede usar una cureta, un instrumento angosto que tiene la forma de cuchara, para quitar el tejido restante. El tejido se examinará para asegurarnos de que el procedimiento se ha completado con éxito.

**Después del aborto**

Será llevada a una sala de recuperación para descansar y ser evaluada. Se le explicarán los efectos que podrá sentir y se le darán instrucciones sobre cómo cuidarse. **Es posible que se le dé una cita para volver en dos semanas.** Conversaremos con usted sobre sus planes anticonceptivos, salvo que ya se haya tratado el tema en una visita anterior. Cuando se sienta cómoda, por lo general después de 30 minutos, podrá irse. Es posible que necesite a alguien que la lleve a su casa. Esto podría ser obligatorio si le han dado medicamentos para estar bajo sedación durante el procedimiento.

**Beneficios**

- El aborto por D&E es un método seguro y efectivo para terminar un embarazo.
- En algunos de los sitios de Planned Parenthood tendrá la opción de donar el tejido del embarazo para investigaciones médicas.

**Efectos secundarios** — Los efectos secundarios por lo general son temporales y no requieren tratamiento. Llámenos si el problema continúa o si está preocupada. Los efectos secundarios más comunes incluyen

- sangrado
- calambres
- fatiga (por lo general, debido a la anestesia y/o medicamento para el dolor)

**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** — El aborto por Dilatación y Evacuación es muy seguro. No obstante, existen riesgos al igual que con cualquier procedimiento médico. Los riesgos aumentan cuanto más se prolongue el embarazo y si se usa sedación o anestesia general. 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. **El riesgo de sufrir una complicación aumenta si ha tenido una cesárea o una cirugía uterina o abdominal.** Los riesgos relacionados con el aborto por D&E incluyen:

- Aborto incompleto — Si queda tejido del embarazo dentro del útero 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 se tenga que repetir **el aborto**.
- Infección en el útero — La mayoría de las infecciones se identifican y se tratan con medicamentos. Sin embargo, existe una pequeña probabilidad que sea necesario repetir **el aborto**, que usted sea hospitalizada o incluso que le hagan una cirugía para tratar la infección.
- El aborto no se completa — A veces el aborto no termina con el embarazo. Si el embarazo está en el útero, se recomienda repetir la aspiración. Si el embarazo es ectópico (se desarrolla fuera del útero), es necesario recibir atención médica de inmediato. Algunos casos se pueden tratar con medicamentos, otros requieren cirugía.
- Sangrado excesivo (hemorragia) — Esto puede requerir tratamiento con medicamentos, repetir el procedimiento **de aborto**, una transfusión sanguínea o cirugía — inclusive una posible histerectomía (remoción del útero).
- Lesión al cuello uterino — Una lesión en el cuello uterino se puede tratar con medicamentos o rara vez con puntos quirúrgicos en el cuello uterino.
- Lesión al útero u otros órganos — Un instrumento podría perforar la pared del útero, lo que podría dañar los órganos internos como por ejemplo, los intestinos, la vejiga o los vasos sanguíneos. El tratamiento puede consistir en la observación o cirugía abdominal. Existe el riesgo de histerectomía (remoción del útero). Se puede desarrollar tejido cicatrizal dentro del útero que podría requerir tratamiento.
- Reacción alérgica — Algunas mujeres pueden ser alérgicas a la anestesia local o a otra medicación que se utiliza. Todo tipo de medicación y de medicamentos pueden causar reacciones graves por sí solos o cuando se combinan con la anestesia. Es importante que usted informe a los profesionales de la salud sobre todos los medicamentos a los que es alérgica o que está tomando.
- Muerte — La muerte debido a un aborto por D&E es muy poco frecuente. Sin embargo, el riesgo de muerte durante o después de un aborto por D&E aumenta cuanto más avanzado está su embarazo. **El riesgo de muerte a causa de un embarazo a término y parto es mucho más alto que el de un aborto hasta las 20 semanas. Después de ese período de tiempo, los riesgos son los mismos.**

Le darán instrucciones sobre cómo cuidarse después del aborto y un número de teléfono para llamar a la clínica si usted tiene algún problema. También se le pedirá que regrese a Planned Parenthood para una visita de seguimiento.

No se pueden ofrecer garantías sobre el resultado de un procedimiento de aborto. Es importante que entienda los riesgos potenciales, los efectos secundarios y las complicaciones, así como las alternativas al procedimiento. 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 un hospital debido a una complicación.

**Opciones** — Existen alternativas al aborto por D&E. Otras alternativas incluyen aborto mediante parto inducido o una referencia para un aborto en un hospital o por otro proveedor médico ahora o cuando el embarazo esté más avanzado. Sin embargo, los riesgos del procedimiento aumentan cuanto más demora el aborto.

Hay alternativas al aborto. Las tres opciones para las mujeres que quedan embarazadas son maternidad, adopción y aborto.

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

<b>Apellido</b>		<b>Primer Nombre</b>		<b>Inicial</b>	<b>Apodo o Sobrenombre</b>
<b>Número de Seguro Social (XXX-XX-XXXX)</b> - -		<b>Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)</b> / /		<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
<b>Domicilio</b>				<b>¿Cómo prefiere que la/lo contactemos?</b> <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono	
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Condado</b>	
<b>Raza (marque todas las que sean pertinentes)</b> <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)		<b>Etnia</b> <input type="checkbox"/> Hispano(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a)	<b>Estado Civil</b> <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)	<b>Estado Estudiantil</b> <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> No soy Estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Parcial	
<b># de Teléfono del Hogar</b> ( )	<b># de Teléfono durante el Día</b> ( )		<b># de Teléfono Alterno</b> ( )		<b>Correo Electrónico (E-mail)</b>
<b>Nombre de un Contacto para Casos de Emergencia</b>	<b># de Teléfono de su Contacto para Casos de Emergencia</b> ( )	<b>¿Cómo se enteró de Planned Parenthood® Arizona?</b>			
<b>Ingreso Familiar</b> \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual			<b>Tamaño de su Familia</b> ( <i>número de personas sustentadas por sus ingresos</i> )		
<b>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?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO					
<b>Servicio Completo de Planeación Familiar bajo el Título X disponible en:</b> <i>Calle 7, Archer, Globe, Maryvale, Mesa, Sur de Phoenix, Yuma</i>			<b>Servicio de Planeación Familiar bajo el Título X Solamente para Adolescentes disponible en:</b> <i>Glendale, Prescott, Scottsdale, Valle Suroeste</i>		
<b>Menores:</b> 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 <b>Se mantendrá la confidencialidad excepto en aquellos casos en que la ley estatal requiera lo contrario.</b>					
<b>INFORMACIÓN DE SEGURO / AHCCCS</b>					
<b>Parentesco del Asegurado con el paciente:</b> <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Cónyuge					
<b>Apellido del Asegurado Principal</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Número de Seguro Social</b> - -		<b>Fecha de Nacimiento</b> / /	
<b>Género del Asegurado Principal</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Nombre del Asegurado Principal, Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal</b> <input type="checkbox"/> Igual que el Paciente				<b>Teléfono del Asegurado</b>
<b>Nombre del Plan</b>		<b>Número de Póliza</b>		<b>Número de Grupo</b>	
<b>Domicilio del Plan, Ciudad, Estado y Código Postal</b>				<b># de Teléfono de Contacto</b> ( )	

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?
/ /	/ /	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Insurance effective on DOS?	Co-Pay Amount:	Co-Insurance Amount:	Has Deductible been met?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Deductible amount:			_____
Does the procedure or service need prior authorization?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Prior authorization #:			_____
If PPAZ is not in the member's network, does the patient have out-of network benefits?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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:** \_\_\_\_\_

**Hoja de Información Para dar Consentimiento:**  
**PREPARACIÓN DEL CUELLO UTERINO: PREPARANDO EL CUELLO UTERINO ANTES DEL**  
**ABORTO USANDO DILATADORES OSMÓTICOS Y/O MISOPROSTOL (CYTOTEC®)**

**INTRODUCCION**

El cuello uterino es la parte mas baja del útero. Hay una abertura pequeña en el cuello que deja pasar flujo menstrual. Esta abertura también deja pasar un pequeño instrumento o una cánula (un tubo) que entra en el útero durante un aborto. “Preparación” del cuello uterino significa abrir y suavizar esta abertura. Antes de empezar este procedimiento, asegúrese de leer y comprender toda la información en esta hoja de información. Si tiene preguntas, con gusto las podemos discutir.

**DESCRIPCION**

Preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos y/o un medicamento llamado misoprostol es muy efectiva para prepara el cuello uterino para un aborto. Hace el aborto más seguro para usted y más fácil para el proveedor de salud.

Dilatadores osmóticos están hechos de plantas que crecen en el mar o producto químico. Se ponen en la abertura del cuello uterino. Los dilatadores se expanden lentamente hasta cuatro veces del tamaño original al absorber el flujo del canal del cuello uterino. Se quitan los dilatadores antes de hacer el aborto.

Misoprostol es usado por miles de personas cada año como un medicamento para úlceras estomacales. Este medicamento también actúa como las hormonas prostaglandinas del cuerpo. El medicamento suaviza y dilata (“madura”) el cuello uterino. La Administración de Comida y Drogas (FDA, siglas en ingles) ha aprobado misoprostol como parte del régimen medico abortivo Mifeprex® y para otros usos médicos. Misoprostol no ha sido aprobado por el FDA para la preparación del cuello uterino para un aborto quirúrgico. Nunca se le ha pedido al FDA que apruebe misoprostol para la preparación del cuello uterino antes de un aborto. El uso de misoprostol para la preparación del cuello uterino para un aborto quirúrgico es un procedimiento usado comúnmente y se ha probado seguro y efectivo en investigaciones medicas.

Misoprostol es una tableta que se puede tomar, introducir en la vagina, adonde la tableta se disuelve. Le darán instrucciones sobre cuando y como tomar el misoprostol para preparar el cuello uterino antes de su aborto. Se ha estudiado la administración de misoprostol vaginalmente y oralmente para la preparación del cuello uterino para un aborto y se ha encontrado ser efectivo y seguro.

El proceso de dilatación del cuello uterino puede tomar aproximadamente de 2 a 12 horas, dependiendo de cuanto tiempo lleva el embarazo, el tipo y numero de dilatadores osmóticos que se usan y/o la cantidad de misoprostol usado. Un numero pequeño de mujeres necesitaran misoprostol adicional antes del procedimiento o dilatadores osmóticos adicionales en la vagina la noche anterior y entonces completar el aborto el día siguiente. Después del aborto, el cuello uterino volverá al mismo estado antes del aborto.

**BENEFICIOS**

Los beneficios de la preparación del cuello uterino usando dilatadores osmóticos son:

- Dilatación lenta del cuello uterino por unas cuantas horas, por lo tanto reduciendo la necesidad de usar un instrumento
- Suaviza el cuello uterino
- Reduce el riesgo de herir el cuello uterino
- Hace el aborto más fácil. La preparación del cuello uterino hace el procedimiento más fácil para el proveedor de salud.

### **RIESGOS**

Hay algunos riesgos relacionados con la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos y misoprostol. Es posible que usted tenga o no tenga lo siguiente:

- Infección del útero. Una infección puede ocurrir si hay gérmenes que causan enfermedades en el cuello uterino y si no se completa el aborto.
- Dilatación insuficiente. Si el cuello uterino no se ha dilatado lo suficiente, es posible que se necesite insertar más dilatadores y/o le den medicamento adicional y le pidan que espere un poco más de tiempo. De otra manera, se pueden usar otros instrumentos para completar la dilatación.
- Dificultad en sacar los dilatadores. Se pueden quedar atascados o se pueden quebrar los dilatadores osmóticos. Aunque esto fuera a suceder, el proveedor de salud todavía puede sacarlos completamente y hacer el aborto.
- Un aborto espontáneo. Es posible que su cuerpo expulse el embarazo antes del aborto - después de haber dilatado el cuello uterino.

En casos raros, puede sentir lo siguiente:

- Sangrado excesivo que requiere cirugía
- Rotura o rasgón del útero que requiere cirugía
- Una reacción alérgica

### **LISTA DE POSIBLES PROBLEMAS (para usar con dilatadores de la noche a la mañana)**

Si siente cualquiera de los siguientes síntomas, llame a la Clínica inmediatamente o vaya al cuarto de emergencia más cercano 800.230.PLAN (7526).

- Una temperatura de más de 100.4 grados Fahrenheit o 38 grados centígrados
- Dolor severo o prolongado
- Sangrado vaginal fuerte o prolongado que dura más de 12 horas o empapando 2 toallas sanitarias por dos horas consecutivas
- Un chorro de flujo de la vagina
- Si tiene síntomas serios que le preocupan

Cuando llame, por favor esté preparada para decirnos el número de toallas sanitarias que ha usado en la última hora y su temperatura.

**MISPROSTOL PUEDE CAUSAR DEFECTOS DE NACIMIENTO, ASI QUE ES MUY IMPORTANTE QUE EL ABORTO SE COMPLETE UNA VEZ SE HA EMPEZADO.** Si decide no completar el aborto una vez se han introducido los dilatadores o ha tomado el misoprostol, no le podemos garantizar que el embarazo continuara normalmente o que su salud personal no será afectada.

### **EFFECTOS SECUNDARIOS**

Efectos secundarios posibles de misoprostol son:

- Sangrado vaginal
- Dolor - similar al malestar menstrual. Se puede tomar medicamento que alivia el dolor si lo necesita.
- Náuseas o vómito
- Diarrea, dolor de cabeza, mareos, dolor de espalda, cansancio
- Flujo leve de la vagina

Normalmente estos síntomas son temporales. Llame a la clínica para recibir más información y ayuda si está preocupada o si siente que estos síntomas la molestan bastante.

PLACE PT LABEL HERE

**ALTERNATIVAS**

Se puede discutir las opciones diferentes con su proveedor de salud sobre la preparación del cuello uterino. El proveedor de salud le puede ayudar a hacer la mejor decisión.

**INSTRUCCIONES ESPECIALES** (para usar con dilatadores de la noche a la mañana)

**NO SE HAGA DUCHAS VAGINALES, introduzca tampones o tenga relaciones sexuales después de usar dilatadores osmóticos y/o misoprostol.**

- Para bañarse, es mejor tomar una ducha y no un baño.
- Si tiene dolor, puede tomar un medicamento leve para aliviar el dolor, como ibuprofen (por ejemplo, Advil) o acetaminofen (por ejemplo Tylenol). No se recomienda usar Aspirina, ya que puede aumentar el sangrado.
- Los dilatadores osmóticos y/o la gasa esponjosa se puede salir de su vagina. Si esto sucede, siga las instrucciones que recibió sobre que hacer y cuando llamar a la clínica.<sup>1</sup>
- Prepárese por adelantado. Compre cosas como toallas sanitarias y un medicamento **para aliviar el dolor antes del procedimiento. Pida ayuda a familiares y amistades. Acuerde con alguien que la traiga a la casa y le ayude mientras se recupera.**

Nos importa su salud. Después de completar el aborto, le pedirán que vuelva a la clínica para una visita de seguimiento.

**He leído la información en esta hoja de la información y entiendo su contenido. También he tenido la oportunidad de discutir cualquier pregunta sobre la información con paternidad prevista.**

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Testigo

\_\_\_\_\_

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<sup>®</sup> 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

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