

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **EDAD:** _____

Este Formulario ha sido adoptado por la Junta Médica de Texas (Texas Medical Board) de conformidad con los requisitos de §164.052(c), Código de Ocupaciones de Texas (Texas Occupations Code) y se publica en el 22° Código Administrativo de Texas (Texas Administrative Code) §165.6(f). El propósito de este Formulario es permitir al médico obtener los consentimientos requeridos para realizar un aborto en una menor no emancipada. Puede descargar este Formulario desde el sitio web de la Junta Médica de Texas en “www.tmb.state.tx.us”.

Parte I. Información sobre requisitos para el consentimiento de la paciente y requisitos para el consentimiento parental.

A LA PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a que se le informe sobre su estado de salud, nuestros planes para su atención y los riesgos y peligros de la atención planificada. Tiene derecho a brindar consentimiento escrito para los procedimientos médicos que acepta que se realicen. Por ser su médico, la ley me exige brindarle esta información, y tener su consentimiento o permiso, antes de que podamos comenzar cualquier procedimiento médico con usted. Esto se denomina “Requisito de Consentimiento del Paciente”. Su firma al final de la Parte IV de este Formulario es su consentimiento para permitirme realizar los procedimientos médicos indicados más adelante en la Parte II.

AL PADRE, TUTOR LEGAL O GUARDIÁN ENCARGADO DEL PACIENTE: Como padre, tutor legal o guardián encargado de un menor, usted tiene derecho a recibir información sobre el estado de salud de su hija o pupila, nuestros planes para su atención y los riesgos y peligros de la atención planificada. También a usted se le solicita que brinde consentimiento escrito o permiso para aplicar a su hija o pupila los procedimientos médicos acordados, a menos que la ley especifique lo contrario. Esto se llama “Requisito de Consentimiento Parental”.

La definición de menor se aplica a todas las pacientes menores de 18 años de edad, no casadas y que no se hayan emancipado por medio de una orden judicial. En Texas, se conoce como “menor no emancipada”. La ley me exige tener el consentimiento escrito de alguno de los padres, tutor legal o guardián encargado de la paciente antes de poder realizar un aborto a una menor no emancipada. El Requisito de Consentimiento Parental no aplica si la menor no emancipada tiene una orden judicial que exime del requisito del consentimiento parental (una “orden de excepción judicial”)

El Requisito de Consentimiento Parental tiene dos partes. La primera parte requiere que uno de los padres, tutor legal o guardián encargado de la paciente coloque su inicial en cada página de este Formulario. Sus iniciales significan que ha tenido la oportunidad de leer esta información (o que se la han leído) y de formular preguntas. Colocar la inicial en cada página puede realizarse en cualquier momento y en cualquier lugar. La segunda parte requiere que alguno de los padres, tutor legal o guardián encargado firme el Consentimiento Parental en la Parte V de este Formulario. Este Formulario debe firmarse frente a un notario público ya sea en el consultorio del médico o en la clínica, o frente a un notario público en cualquier lugar. Los propósitos de estos requisitos de firma son los de ayudar a asegurarse que solo las personas mencionadas en el Consentimiento Parental en la Parte V de este Formulario son las que realmente lo firman.

Parte II. Procedimientos quirúrgicos y médicos.

Los procedimientos quirúrgicos y/o médicos que se planea realizar en la paciente son los detallados debajo. Tal como se usa en este Formulario, “aborto” significa el uso de cualquier medio para interrumpir el embarazo de una mujer por parte de un médico que sabe que está embarazada con la intención de que la interrupción del embarazo mediante esos medios provoque, con razonable probabilidad, la muerte del feto.

Dilatación y Curetaje (Dilatation and Curettage, D&C) Dilatación y Evacuación (Dilatation and Evacuation, D&E) Aspiración manual Aspiración mecánica

Procedimientos médicos de aborto: Metotrexato Misoprostol

Otros según son listados: _____

Parte III. Riesgos y peligros.

Existen riesgos y peligros relacionados con los procedimientos quirúrgicos y médicos planeados para la paciente. La siguiente lista no está destinada a atemorizar a la paciente, sino a darle a ella y a sus padres, tutor legal o guardián encargado la información adecuada a utilizar en la toma de sus decisiones para que el médico realice los procedimientos particulares enumerados anteriormente.

La paciente debe leer y colocar sus iniciales en los siguientes espacios en blanco. Sus iniciales significan que ha leído la información (o se la han leído) y está de acuerdo con la declaración.

- _____ El médico o el asistente del médico me ha informado acerca de los siguientes riesgos y peligros que podrían ocurrir en relación con cualquier procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico:
- (A) Potencial de infección. (B) Coágulos sanguíneos en venas y pulmones. (C) Hemorragia.
(D) Reacciones alérgicas. (E) Incluso muerte.
- _____ El médico o el asistente del médico me han informado acerca de los siguientes riesgos y peligros que podrían ocurrir con un aborto quirúrgico:
- (A) Hemorragia (sangrado abundante).
(B) Un agujero en el útero (perforación uterina) u otro daño en el útero.
(C) Esterilidad. (D) Lesión en intestino o vejiga.
(E) Una posible histerectomía como resultado de una complicación o lesión durante el procedimiento.
(F) La no eliminación de todos los productos de la concepción, lo cual podría llevar a un procedimiento adicional.
- _____ El médico o el asistente del médico me han informado acerca de los siguientes riesgos y peligros que podrían ocurrir con un aborto médico/no-quirúrgico:
- (A) Hemorragia (sangrado abundante).
(B) La no eliminación de todos los productos de la concepción, lo cual podría llevar a un procedimiento adicional.
(C) Esterilidad. (D) Posible continuación del embarazo.
- _____ El médico o el asistente del médico me han informado acerca de los siguientes riesgos y peligros que podrían ocurrir con este procedimiento en particular:
- (A) Calambres uterinos o dolor pélvico.
(B) Infección de los órganos femeninos: útero, trompas y ovarios.
(C) Laceración cervical, cerviz incompetente.
(D) Tratamiento de emergencia para cualquiera de las complicaciones mencionadas anteriormente.
(E) Otras según se consigna:
- _____ El médico o el asistente del médico me han hablado acerca de la siguiente información adicional que la ley exige debatir antes de dar mi consentimiento voluntario e informado para un aborto: (Consulte §171.11 y §171.12, Código de Salud y Seguridad de Texas (Texas Health and Safety Code)):
- (1) la probable edad gestacional del feto;
 - (2) los riesgos médicos asociados de llevar el embarazo a término;
 - (3) los beneficios de asistencia médica que pueden estar disponibles para la atención prenatal, el parto y la atención neonatal;
 - (4) el padre es responsable de contribuir al mantenimiento del niño independientemente de que haya ofrecido pagar el aborto;
 - (5) las agencias públicas y privadas ofrecen asesoramiento para la prevención del embarazo y contacto con los medios para obtener medicamentos y dispositivos para prevenir el embarazo, incluida la anticoncepción de emergencia para víctimas de violaciones o incesto; y
 - (6) la mujer tiene derecho a revisar el material impreso suministrado por el Departamento Estatal de Servicios de Salud (Department of State Health Services).

Parte IV. Consentimiento del paciente para procedimiento quirúrgico o médico

Para cumplir con el Requisito de Consentimiento del Paciente, el mismo debe completar la Parte IV de este Formulario. Una inicial en cada espacio en blanco significa que la paciente ha leído (o le han leído) la información y está de acuerdo con la declaración. La firma de la paciente significa que acepta someterse a los procedimientos de aborto definidos anteriormente.

Declaración del Consentimiento de la Paciente:

- _____ Entiendo que mi médico _____ (el nombre de su médico en letra de imprenta) va a realizarme un aborto, que finalizará mi embarazo y provocará la muerte del feto.
- _____ Entiendo que no se me está obligando a someterme a este aborto y puedo elegir realizar este procedimiento o no.
- _____ Doy mi permiso a este médico y demás asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de la salud que el médico considere necesarios para realizarme el aborto usando los procedimientos quirúrgicos y médicos mencionados anteriormente.
- _____ Entiendo que mi médico puede descubrir otras condiciones o diferentes condiciones que requieren procedimientos adicionales o diferentes que los planeados.
- _____ Doy permiso a mi médico y a los asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de la salud a realizar esos otros procedimientos que son recomendables en su juicio profesional.
- _____ Yo doy no doy mi permiso para el uso de sangre y hemoderivados según sea necesario.
- _____ Entiendo que mi médico no puede realizar ninguna promesa sobre los resultados finales del aborto o mi atención.
- _____ Entiendo que existen riesgos y peligros que podrían afectarme si me someto a los procedimientos quirúrgicos o médicos mencionados anteriormente.
- _____ Me han dado la oportunidad de formular preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, riesgo de la falta de tratamiento, los procedimientos a ser utilizados y los riesgos y peligros implicados.
- _____ Entiendo que se ha puesto a mi disposición la información acerca del aborto que se incluye en la ley como la Ley del Derecho de la Mujer a Saber (Woman's Right to Know Act), según lo requerido por §171.001, et seq., Código de Salud y Seguridad de Texas, específicamente el "Folleto Informativo sobre el Derecho de la Mujer a Saber" ("Women's Right to Know Informational Brochure") y el "Directorio de Recursos del Derecho de la Mujer" ("Women's Right to Know Resource Directory").
- _____ Creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

Se me ha explicado este Formulario en su totalidad. Lo he leído o me lo han leído, se han completado los espacios en blanco y creo que entiendo lo que dice. Al firmar debajo, otorgo mi consentimiento voluntario para que me realicen los procedimientos quirúrgicos y médicos que se detallan anteriormente.

Nombre de la paciente, en letra de imprenta

Firma de la paciente

Fecha

Parte V: Declaración del médico

Yo o mi asistente hemos explicado el procedimiento y los contenidos de este Formulario a la paciente y sus padres, tutor legal o guardián encargado tal como se requiere y sus preguntas han sido respondidas. A mi buen saber y entender, la paciente y sus padres, tutor legal o guardián encargado han recibido adecuada información y han dado su consentimiento para el procedimiento anteriormente descrito.

Firma del médico_____
Fecha**Parte VI. Consentimiento parental para procedimientos quirúrgicos o médicos.**

Para cumplir con el Requisito de Consentimiento Parental, uno de los padres, el tutor legal o guardián encargado de la paciente debe colocar su inicial en cada página de este Formulario y completar la Parte VI de este Formulario. Una inicial en cada espacio en blanco de la página significa que los padres, tutor legal o guardián encargado han tenido la oportunidad de leer esta información (o de que se la lean) y han tenido la oportunidad de formular preguntas al médico o al asistente del médico acerca de esta información. La firma de los padres, tutor legal o guardián encargado significa que la persona que firma acepta someterse a los procedimientos de aborto según se define anteriormente.

Declaración de Consentimiento Parental:

- _____ Entiendo que el médico mencionado anteriormente realizará un aborto a la paciente, que pondrá fin a su embarazo y provocará la muerte del feto.
- _____ He tenido la oportunidad de leer este Formulario (o me lo han leído) y he colocado mi inicial en cada página.
- _____ He tenido la oportunidad de formular preguntas al médico o al asistente del médico acerca de la información contenida en este Formulario y los procedimientos quirúrgicos y médicos que se realizarán a la paciente.
- _____ Creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

Al firmar debajo, declaro y afirmo mi relación con la paciente:

Padre Madre Tutor Legal Guardián encargado

Al firmar debajo, otorgo permiso para _____ (nombre de la paciente, en letra de imprenta).

Nombre del padre, tutor legal o guardián encargado, en letra de imprenta

Firma del padre, tutor legal o guardián encargado

Parte VII. Certificación del padre, tutor legal o guardián encargado, en letra de imprenta

La firma del padre, tutor legal o guardián encargado debe estar certificada. Esto significa que el padre, tutor legal o guardián encargado debe firmar la Parte V de este Formulario frente a un notario público.

La firma ante notario público puede realizarse en cualquier momento y en cualquier lugar antes del procedimiento. La paciente puede llevar el formulario firmado y con las iniciales, con la certificación del notario al consultorio del médico o a la clínica.

Estos requisitos de firma no requieren que estén presentes los padres, tutor legal o guardián encargado con la paciente en el momento del procedimiento.

Para ser completado por el notario público que certifique la firma del padre, tutor legal o guardián encargado, según lo dispuesto en la Parte V, arriba:

State of Texas §

§ County of _____ §

This instrument was acknowledged before me on the ____ day of _____, A.D.,
20_____

for _____ (print name).

Notary Public, State of Texas

(SEAL)

My comisión expires: _____