THE CENTER FOR WOMEN'S HEALTH
CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO DEL ABORTO

Coloque sus iniciales

_____ **1.** Yo, _____, **EDAD:** _____, por el presente, doy mi consentimiento para que Traci L. Nauser, MD, me realice el procedimiento del aborto, que consistirá en la dilatación y el legrado por succión ("D y L") o en la dilatación y la evacuación ("D y E") con el uso de ANESTESIA LOCAL *(bloqueo paracervical)* o, si se indica clínicamente, SEDACIÓN Y ANALGESIA INTRAVENOSA *(sedación consciente)*.

_____ 2. El médico realizará el procedimiento del aborto inyectando un anestésico local en el cuello uterino para anestesiarlo. Después de esperar a que el medicamento surta efecto, el médico dilatará la abertura cervical hacia el útero usando varillas estériles. En algunos casos, se realiza una preparación cervical adicional con un medicamento (misoprostol) o laminarias (dilatadores cervicales). Luego, se usa un tubo conectado a la máquina de succión para extraer el tejido del embarazo de la cavidad uterina. También se usan fórceps especiales en el procedimiento "D y E" para extraer el tejido fetal. Además, se usa un instrumento metálico llamado "cureta" para raspar suavemente las paredes del útero. El procedimiento real normalmente dura entre 30 segundos y 15-20 minutos, según la cantidad de semanas del embarazo.

_____ 3. Entiendo que mis opciones sobre este embarazo son: (1) esperar y pensar más en mi decisión; (2) seguir con el embarazo y ser madre; (3) seguir con el embarazo y planificar una adopción; (4) terminar con el embarazo con un aborto. Elijo realizarme un aborto para terminar con este embarazo.

_____ 4. Reconozco que estoy actuando en mi propio nombre y que mi decisión de realizarme un aborto es voluntaria.

_____ 5. También doy mi consentimiento para la realización de cualquier procedimiento de emergencia adicional que pueda indicarse debido a afecciones imprevistas que surjan durante o después del procedimiento del aborto.

_____ 6. He revelado mi historial médico completo al médico, en especial en relación con alergias o reacciones adversas a medicamentos o anestésicos, y procedimientos quirúrgicos o terminaciones de embarazos anteriores, y le he informado de medicamentos o suplementos a base de hierbas que he tomado desde mi último período menstrual.

_____ 7. Mi último período menstrual (Last Menstrual Period, L.M.P.) comenzó el: ____/____/_____ y FUE/NO FUE normal *(encierre una opción con un círculo)*.

_____ 8. Entiendo que los riesgos para la salud de un aborto son mucho menores que los de otros procedimientos quirúrgicos, y aún menores que los asociados a un embarazo y parto a término (parto vaginal o por cesárea). Todo procedimiento quirúrgico implica el riesgo de posibles complicaciones (incluso la muerte) que pueden producirse sin que el médico tenga la culpa.

_____ 9. Algunas de las posibles complicaciones poco frecuentes de un aborto incluyen, entre otras, las siguientes:

- **a.** Retención de coágulos sanguíneos o tejido que requiere otra succión o "D y L".
- **b.** Ausencia de embarazo, embarazo intrauterino en etapa temprana o embarazo ectópico (tubárico).
- **c.** Reacción alérgica.
- **d.** Laceración cervical que requiere sutura.
- **e.** Hemorragia (sangrado excesivo).
- **f.** Infección.
- **g.** Formación de tejido cicatricial.
- **h.** Falla del mecanismo de coagulación de la sangre (coagulación intravascular diseminada) que requiere una transfusión de sangre.
- **i.** Perforación del útero con daño en otros órganos (vasos sanguíneos, vejiga o intestinos), hospitalización, cirugía mayor, histerectomía o esterilidad.
- **j.** Placenta accreta (implantación placentaria anormal) debido a una cesárea anterior, con posible sangrado excesivo o perforación del útero.
- **k.** Muerte.

_____ 10. Reconozco que dichas complicaciones pueden ser producto de mis propias decisiones o afecciones médicas o del tratamiento de médicos de seguimiento alternativos, y que pueden producirse de manera espontánea, SIN que la Dra. Nauser tengan la culpa.

_____ 11. Si surgen problemas después de la cirugía, acepto notificarlos al médico DE MANERA OPORTUNA, como se explica en las *Instrucciones sobre los cuidados posteriores*. Entiendo que, si no notifico a los médicos de manera oportuna, puede haber una demora en el tratamiento adecuado, y pueden producirse otras complicaciones. Entiendo que, si elijo buscar tratamiento alternativo en otro lado, NO puedo responsabilizar a la Dra. Nauser de los gastos médicos posteriores ni de las pérdidas que surjan como resultado de eso.

_____ 12. Acepto realizarme un examen posoperatorio en 2 o 3 semanas. Si no lo hago, la Dra. Nauser quedarán exentos de TODA responsabilidad médica, legal o financiera por problemas relacionados con la cirugía que puedan surgir en una fecha posterior.

_____ 13. Autorizo la eliminación de todo tejido extraído, de acuerdo con las leyes estatales aplicables.

_____ 14. Doy mi consentimiento para el intercambio de expedientes médicos entre The Center for Women's Health y cualquier otro proveedor, médico, hospital o clínica en relación con mi tratamiento médico.

_____ 15. Acepto NO conducir ni tomar decisiones importantes durante 24 horas si he recibido sedación intravenosa.

_____ 16. Reconozco que es MI responsabilidad hacerle al médico TODAS las preguntas que tenga sobre el procedimiento del aborto o este formulario de consentimiento ANTES de firmar este formulario abajo.

_____ 17. No solicito que me realicen un aborto solo debido al sexo del feto.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO, HE COLOCADO MIS INICIALES Y ENTIENDO POR COMPLETO ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.

Nombre de la paciente: _____

Firma de la paciente: _____ Fecha: _____

Esta paciente, nombrada anteriormente, ha recibido una explicación de la naturaleza, el propósito, las alternativas y los riesgos del procedimiento propuesto. Me he ofrecido a responder cualquier pregunta y he respondido por completo todas las preguntas de la paciente. Considero que esta paciente entiende por completo el procedimiento, y sus posibles consecuencias, y ha tomado una decisión totalmente informada para dar su consentimiento para el procedimiento.

Firma del médico: _____ **Fecha:** _____

The Center For Women's Health
4840 College Blvd
Overland Park, Kansas 66211

Nombre de la paciente: _____CONSENTIMIENTO DE LA HIPAA
Número de expediente médico: _____

De acuerdo con las leyes de confidencialidad y privacidad del paciente, necesitaremos su autorización escrita para hablar de citas, resultados de pruebas, expedientes médicos, recetas y la información de su cuenta con cualquier otra persona que no sea usted. ***INDIQUE ABAJO TODAS LAS PERSONAS*** a quienes autoriza para acceder a su información (**incluida la información de facturación/saldo de su cuenta**) por teléfono, fax o correo.

○ Nadie (entiendo que esto incluye al cónyuge, los médicos, etc.)
○ Cónyuge/Hijos_____
○ Otra persona_____

Entiendo que tengo derecho a anular esta autoridad en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito. La anulación no se aplica a la información que ya se reveló.

_____ _____ _____
Firma de la paciente o del tutor legal/el padre/la madre Relación Fecha

Por el presente, reconozco que me han ofrecido una copia del **Aviso de prácticas de privacidad** de The Center For Women's Health.
Sus iniciales_____ **Fecha**_____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA ELECTRÓNICA

Aunque The Center For Women's Health toma precauciones razonables para proteger la confidencialidad de su información, el correo electrónico no es un método de comunicación completamente seguro.

Reconozco que, si uso el correo electrónico para iniciar el contacto con The Center For Women's Health en relación con mi atención médica, el médico o sus representantes tienen mi autorización para enviar correspondencia a esa dirección de correo electrónico.

Autorizo al médico o a los miembros del personal de The Center for Women's Health a enviarme correos electrónicos a_____@_____ en relación con mi atención médica.

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Por el presente, autorizo el tratamiento médico para mí o mi dependiente según los proveedores de The Center For Women's Health lo consideren necesario.

CONSENTIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LOS BENEFICIOS FARMACÉUTICOS

Para asegurarnos de que tenemos la información más precisa y actualizada sobre sus medicamentos, podemos importar todos sus medicamentos actuales directamente de sus farmacias a nuestros registros de salud electrónicos a través de una conexión SEGURA. Seguiremos verificando sus medicamentos, pero importarlos electrónicamente les ahorra tiempo a usted y a nuestro personal. Al darnos su firma abajo, nos autoriza a importar sus medicamentos en su nombre. Por el presente, autorizo a The Center For Women's Health a importar mis medicamentos de mis farmacias a sus registros de salud electrónicos.

Al firmar este formulario de consentimiento, acepta que The Center For Women's Health pueda solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica o pagadores de beneficios farmacéuticos externos para fines de tratamiento.

AUTORIZACIÓN, ASIGNACIÓN Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Por el presente, cedo todos los beneficios médicos o quirúrgicos a los que tengo derecho, incluidos Medicare, Private, HMO/PPO y seguros comerciales, así como terceros pagadores, a The Center For Women's Health por los servicios que dicho centro me preste a mí o preste a mis familiares. Por el presente, autorizo a dicho centro beneficiario a revelar toda la información necesaria, incluidos los expedientes médicos, para garantizar un pago o determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. La fotocopia de esta cesión debe considerarse tan válida como la original.

_____ _____ _____ _____
Firma de la paciente o del tutor legal/el padre/la madre Relación Fecha Firma del representante de The Center for Women's Health (verificada)

The Center For Women's Health
4840 College Blvd
Overland Park, Kansas 66211

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA FINANCIERA

Le facturaremos a su compañía de seguros solo como cortesía hacia usted. Usted es responsable de la totalidad de la factura por los servicios prestados. Todos los saldos, los copagos o los deducibles deben pagarse antes de acudir al médico. Si su compañía de seguros no remite el pago en un plazo de 60 días, usted deberá pagar la totalidad del saldo. Usted también entiende que es responsable de toda cantidad que no cubra su seguro. En el caso de que su compañía de seguros solicite un reembolso del pago realizado, será responsable de la cantidad total del cargo. Nuestro consultorio no garantiza beneficios. **Todos los beneficios cotizados que brinde su compañía de seguros se consideran una descripción general y solo un lineamiento hasta que se reciba el pago. Todos los servicios estarán sujetos a la revisión de la compañía de seguros una vez que reciba el reclamo y determine si realizará el pago.**

Un padre que lleva a un menor a nuestro consultorio para que reciba atención médica es legalmente responsable del pago de todos los cargos.

Si no tiene seguro, se espera que se realice el pago cuando se presten los servicios. Si no es posible realizar el pago en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios, se pueden establecer acuerdos de pago por adelantado. Si no puede pagar la totalidad, debe notificar al consultorio antes de su cita.

Entiendo y acepto que, si no realizo los pagos de los que soy responsable de manera oportuna, seré responsable de todos los costos del cobro de las cantidades pendientes, incluidos los costos procesales, las tarifas de la agencia de cobro, los intereses y los honorarios del abogado.

Entiendo que, si no puedo asistir a una cita programada, debo cancelarla en un plazo de 24 horas antes de la hora de mi cita. Entiendo que, si no asisto a las citas en reiteradas ocasiones, The Center For Women's Health puede verse obligado a echarme del consultorio.

The Center For Women's Health acepta los pagos con tarjeta de crédito (Discover, Visa y MasterCard) o dinero en efectivo. No aceptamos cheques.

POLÍTICA SOBRE LA CONSERVACIÓN DE LAS TARJETAS DE CRÉDITO EN EL ARCHIVO

En The Center For Women's Health, debemos conservar su tarjeta de crédito o débito en el archivo como método de pago de la parte de los servicios que no cubre su seguro, pero de la que usted es responsable. Se mantiene la confidencialidad y la protección de la información de su tarjeta de crédito, y los pagos con su tarjeta se procesan después de que su compañía de seguros ha archivado y procesado el reclamo y la parte del seguro del reclamo se ha pagado e imputado en la cuenta. **Entiendo que es mi responsabilidad conservar siempre una tarjeta de crédito o débito activa en el archivo para cumplir con la política financiera. Si no lo hago, me pueden echar del consultorio.**

Autorizo a The Center For Women's Health a cobrar la parte de mi factura que representa mi responsabilidad financiera a la siguiente tarjeta de crédito o débito:

☐ Visa ☐ Mastercard ☐ Discover
Número de la tarjeta de crédito _____
Fecha de vencimiento _____ / _____ / _____
Nombre del titular de la tarjeta _____
Firma _____
Dirección de facturación _____
Ciudad _____ Estado_____ Código postal _____

Yo (nosotros), quien suscribe, autorizo a The Center For Women's Health a cobrar a mi tarjeta de crédito, indicada anteriormente (y solicito que dicho centro lo haga), los saldos pendientes por los servicios prestados que mi compañía de seguros identifique como mi responsabilidad financiera.
Esta autorización se relaciona con todos los pagos que no cubre mi compañía de seguros por los servicios que The Center for Women's Health me preste a mí o a mis dependientes. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo (nosotros) la cancele. Para cancelarla, yo (nosotros) debo notificar a The Center For Women's Health por escrito, y la cuenta debe estar al día.

Nombre de la paciente (en letra de imprenta): _____
Firma de la paciente: _____
Fecha: _____ / _____ / _____

He leído la información anterior. ENTIENDO MIS RESPONSABILIDADES POR EL PAGO DE MI CUENTA.

_____	_____	_____	_____
Firma de la paciente o del tutor legal/el padre/la madre	Relación	Fecha	Firma del representante de The Center for Women's Health (verificada)