

CENTER for WOMEN'S HEALTH
CONSENTIMIENTO para el "ABORTO CON MEDICAMENTOS"

1. _____ He leído la **Guía del medicamento** para usar *Mifeprex* para interrumpir mi embarazo.
2. _____ He analizado el aborto con medicamentos con la Dra. Nauser en el Center for Women's Health.
3. _____ La Dra. Nauser respondieron a todas mis preguntas, y me hablaron sobre los riesgos y beneficios de usar *Mifeprex* para interrumpir mi embarazo.
4. _____ Pienso que no estoy embarazada de más de **9 semanas y 6 días**.
5. _____ Entiendo que tomaré *Mifeprex* en el consultorio de la Dra. Nauser el **día 1**.
6. _____ Entiendo que tomaré *misoprostol* sublingualmente (debajo de mi lengua) dos (2) días después: **el día 3**.
7. _____ La Dra. Nauser me aconsejaron qué hacer si tengo un sangrado excesivo o si necesito atención de emergencia debido al tratamiento. Debo llamar al consultorio al (913) 491-6878) en cualquier momento del día y **no** ir a la sala de emergencias a menos que me lo indique la Dra. Nauser.
8. _____ Sangrar y tener calambres no significa necesariamente que el embarazo esté interrumpido. **Acepto regresar a este consultorio 2 semanas (día 14)** después de tomar los dos medicamentos para asegurarme de que el embarazo se ha interrumpido y de que me encuentre bien.
9. _____ Sé que, en algunos casos (2-7 por 100), el tratamiento no funciona y por la presente acepto, **antes de comenzar**, que se me hará un aborto en el centro si el medicamento falla y no interrumpe el embarazo.
10. _____ Entiendo que si este embarazo continúa después de **cualquier** parte del tratamiento, existe la posibilidad de que haya defectos de nacimiento. Si el embarazo continúa después del tratamiento con *Mifeprex* y *misoprostol*, **por la presente acepto interrumpir el embarazo**, posiblemente mediante un procedimiento quirúrgico (D&C) **sin** cargo adicional.
11. _____ Entiendo que si el medicamento que tomo no interrumpe el embarazo y decido hacerme un procedimiento quirúrgico para completar el proceso, o que si necesito un procedimiento quirúrgico para detener el sangrado, la Dra. Nauser harán el procedimiento **sin** costo adicional. Esto debe hacerse en su consultorio.
12. _____ Tengo el nombre, la dirección y el número de teléfono, (913) 491-6878, de la Dra. Nauser, y sé que puedo llamar las **24 horas** si tengo alguna pregunta o inquietud.
13. _____ Decido tomar *Mifeprex* para interrumpir mi embarazo y seguiré las recomendaciones de la Dra. Nauser sobre cuándo tomar cada medicamento y qué hacer en caso de emergencia.
14. _____ **Por la presente acepto hacer lo siguiente:**

- Comunicarme con la Dra. Nauser al (913) 491-6878 inmediatamente si tengo **100.4 °F** o más de fiebre durante más de **4 horas**, o dolor abdominal intenso.
- Comunicarme con la Dra. Nauser al (913) 491-6878 inmediatamente si tengo sangrado excesivo (que empapen dos [2] toallas sanitarias gruesas de tamaño grande por hora durante dos [2] horas consecutivas).
- Comunicarme con la Dra. Nauser al (913) 491-6878 inmediatamente si tengo dolor o malestar abdominal intenso o si me "siento mal", lo que incluye debilidad, náuseas, vómitos o diarrea, durante más de **24 horas** después de tomar *misoprostol*.
- Llevar conmigo la **GUÍA DEL MEDICAMENTO** si se me solicita que vaya a la sala de emergencias o que haga una consulta con un médico que no me haya administrado el medicamento, para que entiendan que he tomado *Mifeprex*.
- Regresar al Center for Women's Health **14 días** después de comenzar el tratamiento para asegurarme de que mi embarazo se ha interrumpido y de que estoy bien.

Firma de la paciente: _____ Número de identificación de la paciente: _____

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

Firma del médico: _____

Nombre del médico: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

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: _____

QUÉ ESPERAR DE UN ABORTO CON MEDICAMENTOS

Una opción segura y efectiva:

Mifeprex es la única opción no quirúrgica aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para interrumpir un embarazo durante los primeros meses. Más de 2 millones de mujeres de los Estados Unidos han tomado este medicamento desde que la FDA lo aprobó en septiembre de 2000. *Mifeprex* tiene una efectividad del 92 % al 95 % para interrumpir el embarazo de manera segura (2-7% de las mujeres necesitarán un procedimiento quirúrgico para interrumpir el embarazo o detener el sangrado excesivo).

Cómo funciona *Mifeprex*:

Mifeprex es una pastilla que bloquea la hormona progesterona, la cual es necesaria para que su embarazo continúe. Este hace que el embarazo deje de desarrollarse. Otro medicamento, el *misoprostol*, hace que el cuerpo expulse el embarazo muerto. *Mifeprex* no está aprobado para interrumpir embarazos avanzados. Se considera comienzo del embarazo hasta los 69 días (9.6 semanas), o menos, desde que comenzó su última menstruación. *Mifeprex* se toma por vía oral y le permite evitar la anestesia o la cirugía en la mayoría de los casos.

Cómo tomar *Mifeprex*:

Lea la **GUÍA DEL MEDICAMENTO** antes de tomar *Mifeprex*. El régimen para *Mifeprex* requiere que una mujer vaya a **DOS** consultas en nuestro centro en un período de dos semanas. (El día 1 y el día 14)

Día 1 en nuestro centro:

- Lea la **Guía del medicamento**.
- Analice los beneficios y riesgos de tomar *Mifeprex* para interrumpir su embarazo.
- Si decide que *Mifeprex* es adecuado para usted, firme el **Consentimiento del paciente**.
- Después de que se le haga una ecografía, tome **1 comprimido** (200 mg) de *Mifeprex*.

Día 3 en su CASA:

- Tome **4** comprimidos de *misoprostol* sublingualmente (debajo de la lengua) y tráguelos después de 20-30 minutos.
- Este medicamento puede causar calambres, náuseas, diarrea y otros síntomas. La Dra. Nauserr pueden enviarla a su casa con una receta para estos síntomas.

Día 14 en nuestro centro:

- Esta consulta de seguimiento es muy importante. Usted **debe** regresar al centro 14 días después de haber tomado *Mifeprex* para asegurarse de que está bien y de que no está embarazada.
- Comprobaremos si su embarazo se ha interrumpido completamente. Si no se ha interrumpido, existe la posibilidad de que haya defectos de nacimiento. Si todavía está embarazada, como había acordado previamente interrumpir el embarazo, el médico hablará con usted acerca de las otras opciones que tiene, incluido un procedimiento quirúrgico (D&C) para interrumpir el embarazo.

Apoyo:

Mifeprex le ofrece una opción más privada, con apoyo y asesoramiento disponible durante todo el proceso. Si tiene preguntas de rutina, puede comunicarse con nuestro personal durante el horario de atención del centro. Llame al mismo número en caso de emergencia. Debe llevar su **Guía del medicamento** con usted si le solicitamos que vaya a una sala de emergencias o que haga una consulta con un médico que no sea la Dra. Nauserr para que sepan que se le está haciendo un aborto con *Mifeprex*.

Después de *Mifeprex*:

Usted puede quedar embarazada de nuevo poco después de interrumpir su embarazo. Si no desea volver a quedar embarazada, comience a usar métodos anticonceptivos cuando se lo indiquemos. Debe hacerle todas las preguntas que tenga sobre el control de la natalidad a nuestro personal ya que tendremos la información más específica sobre su situación.

CENTER FOR WOMEN'S HEALTH

GUÍA DEL MEDICAMENTO *MIFEPREX*® (mifepristona)

Lea esta información detenidamente antes de tomar *Mifeprex*. La ayudará a entender cómo funciona el tratamiento. Esta **GUÍA DEL MEDICAMENTO** no reemplaza el asesoramiento de la Dra. Nauser.

¿QUÉ ES *MIFEPREX*?

Mifeprex se toma para interrumpir un embarazo durante los primeros meses. Este medicamento bloquea la hormona **progesterona** necesaria para que su embarazo continúe. No está aprobado para interrumpir embarazos avanzados. Se considera el comienzo del embarazo hasta los **69 días** (9.6 semanas), o menos, desde que comenzó su última menstruación. En su visita al consultorio tomará 200 mg de *Mifeprex* (el día 1). También tomará otro medicamento, *misoprostol*, **2 días** después (el día 3); para que el cuerpo expulse el tejido de embarazo muerto. Aproximadamente 2-7 de 100 mujeres que toman *Mifeprex* necesitan un procedimiento quirúrgico (D&C) para completar el proceso o para detener el sangrado excesivo.

¿Qué debo saber sobre *Mifeprex*?

Es posible que tenga calambres y sangrado si interrumpe su embarazo. En raras ocasiones, se pueden presentar sangrados, infecciones u otros problemas graves después de un aborto espontáneo, un aborto quirúrgico, un aborto con medicamentos o un parto. En estas circunstancias, se necesita atención médica inmediata. Una cantidad muy pequeña de pacientes han muerto por infecciones graves y, en la mayoría de estos casos, el *misoprostol* se utilizó en la vagina. Nada indica que el uso de *Mifeprex* o *misoprostol* oral haya causado estas muertes. Si tiene alguna pregunta, preocupación o problema, o si le preocupan los efectos secundarios o los síntomas, comuníquese con nuestro centro al (913) 491-6878.

Asegúrese de comunicarse inmediatamente con nuestro centro si tiene ALGUNO de los siguientes síntomas:

- **Sangrado excesivo:** Comuníquese con nosotros de inmediato si empapa dos (2) toallas sanitarias gruesas de tamaño grande por hora durante dos (2) horas consecutivas o si le preocupa el sangrado excesivo. En aproximadamente 1 de cada 100 mujeres, el sangrado puede ser lo suficientemente intenso como para que se requiera un procedimiento quirúrgico (**aborto quirúrgico/D&C**) para detenerlo.
- **Dolor abdominal o “sentirse mal”:** Si tiene dolor o malestar abdominal o se “siente mal”, lo que incluye debilidad, náuseas, vómitos o diarrea, con o sin fiebre, por más de **24 horas** después de tomar *misoprostol*, debe comunicarse con nuestro centro de inmediato. Estos síntomas pueden ser señal de una infección grave u otro problema (incluidos un **embarazo ectópico** o un embarazo fuera del útero).
- **Fiebre:** En los días posteriores al tratamiento, si tiene **100.4 °F** o más de fiebre durante más de **4 horas**, debe comunicarse con su proveedor de inmediato. La fiebre puede ser síntoma de una infección grave u otro problema (incluido un embarazo ectópico).

Lleve esta **GUÍA DEL MEDICAMENTO con usted**. Si se le solicita que vaya a una sala de emergencias o que haga una consulta con un proveedor que no le haya administrado el *Mifeprex*, debe darle esta **GUÍA DEL MEDICAMENTO** para que sepan que está atravesando un aborto con *Mifeprex*.

Qué debe hacer si todavía está embarazada después de tomar *Mifeprex*. Si todavía está embarazada, hablaremos con usted acerca de sus otras opciones, que incluyen un procedimiento quirúrgico (D&C) para interrumpir su embarazo. Usted ha firmado un **Formulario de consentimiento** en el que acepta completar el proceso de aborto si el medicamento no funciona. Existe la posibilidad de que haya defectos de nacimiento si no se interrumpe el embarazo.

Antes de tomar *Mifeprex*, debe leer esta **GUÍA DEL MEDICAMENTO** y firmar el **Formulario de consentimiento**. Usted y su médico analizarán los beneficios y riesgos de tomar *Mifeprex*.

NO TOME *MIFEPREX*:

- Si han pasado más de **9 semanas y 6 días** desde que comenzó su última menstruación.
- Si no acepta regresar para la consulta del día 14.
- **Si NO acepta interrumpir el embarazo si el medicamento no funciona.**
- Si tiene un **dispositivo intrauterino**. Debe quitárselo antes de tomar *Mifeprex*.
- Si su médico le ha dicho que tiene un embarazo fuera del útero (embarazo ectópico).
- Si tiene problemas con las glándulas suprarrenales (insuficiencia suprarrenal crónica).
- Si toma un medicamento para diluir la sangre.
- Si tiene problemas de sangrado.
- Si toma ciertos medicamentos esteroides.
- Si no puede obtener ayuda médica de emergencia fácilmente 2 semanas después de tomar *Mifeprex*.
- Si es alérgica a la *mifepristona*, el *misoprostol* o medicamentos que contengan *misoprostol* (como *Cytotec*).
- Si tienes porfiria.

¿CÓMO TOMO MIFEPREX?

“DÍA 1” (en nuestro centro):

- Lea esta **GUÍA DEL MEDICAMENTO**.
- Analice los beneficios y riesgos de tomar *Mifeprex* para interrumpir su embarazo.
- Si decide que *Mifeprex* es adecuado para usted, firme el **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA UN “ABORTO CON MEDICAMENTOS”**.
- Después de que se le haga una ecografía, tome **1 comprimido (200 mg)** de *Mifeprex*.

“DÍA 3” (2 días después en su casa):

- Tome **4 comprimidos de *misoprostol* sublingualmente** (debajo de la lengua) y tráguelos después de 30 minutos.
- Este medicamento puede causar calambres, náuseas, diarrea, escalofríos y otros síntomas.
- La Dra. Nauser pueden hacerle una receta para tratar estos síntomas.

“DÍA 14” (en nuestro centro):

- Usted debe regresar a nuestro centro **14 días** después de haber tomado *Mifeprex* para asegurarse de que está bien y de que no está embarazada.
- Comprobaremos si su embarazo ha sido interrumpido completamente. Si aún está embarazada, existe la posibilidad de que haya defectos de nacimiento. Si todavía está embarazada, usted había acordado previamente interrumpir el embarazo. Hablaremos con usted acerca de las opciones que tiene, incluido un procedimiento quirúrgico (D&C) para interrumpir el embarazo.

¿Qué debo evitar mientras tomo *Mifeprex* o *misoprostol*?

No tome ningún otro medicamento, ya sea recetado o no (incluidos medicamentos o suplementos herbales), en ningún momento durante el período de tratamiento sin consultarnos previamente ya que pueden interferir con el tratamiento. Pregúntenos sobre los medicamentos que puede tomar para el dolor.

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de *Mifeprex*?

Es posible que la paciente tenga calambres y sangrado con este tratamiento. Por lo general, estos síntomas significan que el tratamiento está funcionando. Sin embargo, a veces puede tener calambres y sangrar, y aun así estar embarazada. Es por eso que debe regresar a nuestra oficina el **DÍA 14**. Si no comienza a sangrar después de tomar *Mifeprex*, es probable que comience a hacerlo una vez que tome *misoprostol*, el medicamento que toma el **DÍA 3**. Se puede esperar sangrado o manchado durante un promedio de 14 días y puede durar hasta 28 días. El sangrado puede ser similar al de una menstruación abundante normal o mayor que esta. Puede ver coágulos de sangre y tejido. Esto es algo que se espera que suceda cuando se interrumpe un embarazo. Otros síntomas comunes del tratamiento incluyen diarrea, náuseas, vómitos, escalofríos, dolor de cabeza, mareos, dolor de espalda y cansancio. Estos efectos secundarios disminuyen después del **DÍA 3** y generalmente desaparecen antes del **DÍA 14**.

La Dra. Nauser le dirán cómo controlar el dolor y otros efectos secundarios.

Llame a nuestro centro para obtener asesoramiento médico sobre los efectos secundarios: **(913) 491-6878**

¿CUÁNDO DEBO COMENZAR CON EL CONTROL DE LA NATALIDAD?

Usted puede quedar embarazada de nuevo poco después de interrumpir su embarazo. Si no desea volver a quedar embarazada, comience a usar métodos anticonceptivos cuando se lo indique nuestro personal.

CENTER FOR WOMEN’S HEALTH

Traci L. Nauser, MD, FACOG
4840 COLLEGE BOULEVARD
OVERLAND PARK, KS 66211

(913) 491-6878 (24 horas)

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)

Actualizado en 5/2024