

Número \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

**Acuerdo de confidencialidad:** Esta información es confidencial, por lo que no será revelada a ninguna persona sin su consentimiento por escrito, excepto cuando la ley lo requiera. Es su responsabilidad proporcionar información completa y correcta.

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Tel. en el trabajo \_\_\_\_\_  
Tel. particular \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Condado N° de Seguridad Social Fecha de nacimiento Edad

¿Tiene usted la tarjeta "Forward"?  Sí  No.

Estado civil:  Soltera  Casada  Viuda  Viuda  Separada

Grupo étnico:  Blanca  Negra  Nativa americana  Asiática  Hispana  Otro

Años de escolaridad terminados: \_\_\_\_\_

¿Ha visitado anteriormente esta clínica?  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Persona para comunicarnos en caso de emergencia:

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Motivo principal para el aborto:  Edad  No quiere más niños  Relación inestable

Problemas matrimoniales  No tiene dinero  Salud  Madre soltera  Educación

No desea tener niños

Relación de pareja:  Esposo  Novio  Amigo  Otro

Opinión de su pareja:  De acuerdo  No está de acuerdo  Neutro  No sabe

Persona que toma las decisiones:  Usted  Padres  Esposo  Novio  Otro

¿Qué tipo de anestésico desea?  Local  Crepuscular ("Twilight")

¿Consumo medicamentos con frecuencia?  Sí  No ¿Qué toma? \_\_\_\_\_

¿Fuma cigarrillos?  Sí  No ¿Cuántos por día? \_\_\_\_\_

¿Consumo drogas callejeras?  Sí  No ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Consumo yerbas?  Sí  No ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que la(s) consumió? \_\_\_\_\_

¿Se ha hecho examen vaginal?  Sí  No ¿Cuándo fue la última vez? \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ días

¿El resultado fue normal?  Sí  No

¿Tiene alergia o alguna reacción con:  Flagyl  Ciprofloxacina  Sulfa  Yodo  Penicilina

Anestesia local  Aspirina  Tetraciclina  Metales  Versed  Anestesia total

Nubain  Látex  Otros  No sabe?

¿Tiene padre, madre, hermano o hermana diabético?  Sí  No

Datos del embarazo:

Primer día de la última menstruación normal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mes día año

Número de embarazos anteriores excluido el actual: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último embarazo? mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Tipos de parto:  Vaginal  Cesárea

¿Alguna complicación durante algún embarazo?  Sí  No

¿Está actualmente dando pecho?  Sí  No

Datos sobre anticonceptivos:

¿Usó algún método anticonceptivo para evitar el embarazo?  Sí  No

¿Qué método usó? \_\_\_\_\_

¿Qué método desea usted ahora? \_\_\_\_\_

¿Tiene actualmente o ha tenido alguna vez...	Sí	No	Comentarios del personal clínico
Enfermedades graves / internación hospitalaria?			
Cáncer?			
Diabetes / Diabetes durante el embarazo?			
Asma?			
Problemas cardíacos / soplos cardíacos / fiebre reumática?			
Alta presión sanguínea / ataque al corazón?			
Enfermedades sanguíneas?			
Tendencia a sangrar fácilmente?			
Quistes en los senos / cirugía / erupción en el pezón			
Problemas o infecciones renales?			
Dolor / ardor al orinar o deseos de orinar demasiado frecuentes?			
Supuración / olor / ardor vaginal inusual?			
Infección vaginal (estreptococo tipo B)?			
Gonorrea, Clamidia?			
Infección de útero, trompas, ovarios?			
Útero agrandado, quistes / anomalías?			
Crioterapia / láser / LEEP de la cerviz?			

La información que aparece más arriba es veraz y completa

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Lo siguiente va en inglés porque es para uso de la clínica:

Birth control pamphlet  Sí  No

Work Excuse Needed  Sí  No

MAB Med Guide  Sí  No

Other: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Staff signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Consent for Surgical Abortion

### Consentimiento para Cirugia de Aborto Metodo de Contracepcion

Yo \_\_\_\_\_, tengo \_\_\_\_\_ años, solicito y consiento la interrupcion de mi embarazo (aborto) por el Dr. \_\_\_\_\_.

Yo he cumplido todos los requisitos del estado, despues de pensarlo cuidadosamente y considerarlo. Yo decidio por tener un aborto y mi decision ha sido tomada libremente, sin presion o fuerza de cualquier indole. El tipo de aborto (proceso) y el tiempo de embarazo, determinan el grado de riesgo. Generalmente el aborto de un embarazo temprano (de poco tiempo) es realizado con menor riesgo y es mas eficaz. Pocas mujeres experimentan complicaciones serias. Pero una o mas de las siguientes complicaciones podrian pasar:

- **Infeccion:** puede ser causada por el remanente de tejido (producto del embarazo) en el utero. Las sintomas de la infeccion son fiebre y dolores abdominales muy fuertes.
- **Perforacion:** o lesion al utero, cerviz u otros organos ocurre si el instrumento usado en el proceso abortivo perfora el utero y a la vez pudiera lesionar otros organos de la cavidad abdominal.
- **Aborto incompleto:** ocurre si restos de tejido que tenia que salir en el proceso quedan en el utero. Entre las sintomas estan falta de sangrado post aborto y calambres fuertes.
- **Hemorragia:** (hemorragia excesiva) puede ser causada por danos al utero durante el proceso o por mal funcionamiento del utero al contraerse. El sangrado de mas de una toalla sanitaria por hora, es el indicativa de una hemorragia excesivo.
- **Endometritis:** es una infeccion al interior de la capa mas externa del utero (endometrio) puede ocurrir seguido al aborto.
- **El Aborto Fallado,** puede ser posible cuando se aplica en un embarazo temprano. Puede pasar que un gemelo sea abortado pero el otro gemelo se queda escondido. El aborto fallado tambien puede pasar en el caso de formacion abnormal de la cavidad uterina.
- **Reaccion a la Anestesia:** Algunas mujeres pueden ser alergicas a la Novocaina, anestesicos locales y otros medicamentos. Si Ud es una de ellas y lo sabe, es importante que lo comunique al personal. Todas las medicinas o drogas, incluyendo drogas de la calle y hierbas, pueden causar serias y peligrosas reacciones durante la anestesia. Si Ud esta tomando alguna medicina o cualquiera droga (de la calle), es importante que le diga a la enfermera. Lo que Ud nos diga sera estrictamente confidencial. Es importante para Ud sepa que si tiene estacion conciente, podria tener dificultad al concentrarse o recordar cosas por unas pocas horas despues de que el medicamento ha sido empleado.

Yo debo leer emplear las siguientes instrucciones que me han dado para el posterior cuidado. Yo se que podria continuar con una siguiente reexaminacion en dos semanas. Si yo decido utilizar el metodo de control natal, la informacion acerca de estae metodo ya se me ha pro porcionado. En caso de emergencia, yo autorizo la liberacion de cualquier informacion necesaria para facilitar los cuidados o el tratamiento. Yo debo leer la informacion anterior y todas mis preguntas con respecto a este proceso deben ser respondidas.

Este consentimiento puede ser anulado a cualquier tiempo, hasta que el proceso haya comenzado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Consentimiento y Firma del Adulto

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha