

RECONOCIMIENTO DEL ULTRASONIDO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, doy consentimiento para un ultrasonido realizado por BSSI para determinar la probable edad gestacional del embarazo en el momento de la interrupción del mismo. El costo del ultrasonido es de \$250 y no es reembolsable. Esto se aplica para el pago de la terminación. La imagen del ultrasonido no puede ser copiada o duplicada, o proporcionada. Es solo para la consulta.

(Por favor ponga sus iniciales)

_____ Yo entiendo y reconozco que si no decido dar por terminado este embarazo, el personal y los médicos de BSSI no son responsables de cualquier tipo de atención mas, que yo pueda requerir o desear, y no constituye a el/ella su responsabilidad como mi medico de cabecera.

_____ Yo entiendo y reconozco que de acuerdo a la ley de la Florida, es requerido en ese medico (u otra persona certificada), realizar un ultrasonido e informar a un paciente que busca terminar un embarazo, la edad gestacional probable del feto, le ofrecerá la oportunidad para ver las imágenes del ultrasonido y se le explique.

_____ Yo entiendo y reconozco que tengo la oportunidad de ver las imágenes de ultrasonido y escuchar una explicación.

_____ Yo entiendo y reconozco que en caso que el embarazo sea mas de 13 semanas por fecha de ultima menstruación y / o una gestación múltiple, se me notificara de esta información.

(Por favor marque con un circulo SI o NO de acuerdo a cada uno de lo siguiente)

1. **SI** **NO** Yo solicito ver la imagen del ultrasonido.
2. **SI** **NO** Yo solicito escuchar una explicación del resultado del ultrasonido

Certifico que la decisión para ver las imágenes o escuchar la explicación no están basadas en ninguna influencia indebida de ninguna persona que me desanime a hacerlo. Esta decisión fue tomada por mi propia voluntad.

Firma del paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Firmado por un Proveedor Medico Autorizado (por favor coloque sus iniciales)

_____ Yo he decidido optar por ver o escuchar las imágenes del ultrasonido.

_____ Yo he recibido y estoy satisfecho con lo visto y /o se me ha explicado.

_____ "El desarrollo fetal y alternativas a la interrupción del embarazo" El departamento de Salud de la Florida ha impreso material de información y se ha puesto ha mi disposición.

Un médico oralmente y en persona me informó de:

_____ La naturaleza y riesgos del procedimiento de aborto que estoy considerando tener.

_____ Los riesgos de llevarlo a término.

_____ La edad gestacional estimada del feto, verificado por el ultrasonido de hoy, y en el momento de mi cita proyectada.

_____ Entiendo que si la fecha de aborto se pospone, debo añadir en cada día adicional a la probable edad gestacional del feto.

Firma del Paciente

Fecha

Hora

Por la presente certifico que por vía oral y en persona he informado a este paciente de las anteriores
() Aborto Médico () Aborto Quirúrgico () Segundo Trimestre Aborto

Firma del Proveedor Medico Autorizado

Fecha

Hora

BSSI
HOJA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE

Nombre _____ Teléfono (Cel) _____
 Dirección _____ Teléfono (T) (C) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección de correo electrónico: _____
 Ha sido nuestro paciente antes? _____ Seguro Social# _____
 Quien lo refirió a nuestra oficina? Amigo/otro WEN/NAF Otro Clínica _____
 Nombre de su Doctor? Dr. Nombre _____ Internet Otro? _____
 Nombre de su Farmacia: _____ Numero de Teléfono o Calle : _____

Contacto de emergencia: #1 _____ Relación _____ Teléfono _____
Nombre del conductor y teléfono, si es diferente al anterior. Nombre _____ Teléfono _____
Contacto de emergencia: #2 _____ Relación _____ Teléfono _____

(Ponga sus iniciales) _____ Autorizo a BSSI Internacional Inc., en lo sucesivo, BSSI, sus médicos y personal para hablar con mis contactos de emergencia y / o conductor. Si por alguna razón BSSI, sus médicos y el personal, o cualquier entidad que actúe en su nombre intento ponerse en contacto conmigo y no son capaces de hacerlo, Yo Autorizo para que se llame a cualquiera de mis contactos de emergencia a través del teléfono o la dirección de correo postal previstas. Esto incluye cualquier y todos los intentos de cobro de deudas.

POR FAVOR ELIJA UNA OPCION. UNA INICIAL SOLAMENTE

El no revelar esta información hoy se traducirá en renuncia de reclamación de seguro y el reembolso monetario.

POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN SI NO TIENE SEGURO DE SALUD:

Yo estoy presente, diciendo que actualmente estoy sin seguro. No tengo cobertura de seguro médico de salud ni estoy activo o pendiente de seguro médico o de salud, lo que puede tener una fecha de vigencia retroactiva resulta en una cobertura activa de hoy. Estoy de acuerdo que es mi completa responsabilidad y la obligación de informar al personal de la oficina de mi estatus de seguro, verdadera y precisa ANTES de cualquier atención médica que recibo hoy, o en el futuro. Entiendo que no hay reclamaciones de seguros, serán archivados por esta oficina a futuro para proporcionar información sobre la cobertura de seguro verdadera y exacta, y no tiene PROPORCIONADO INFORMACIÓN PRECISA DE LA COBERTURA DEL SEGURO POR ESCRITO antes de recibir los servicios SOBRE MI

O

COMPLETE ESTA SECCION SI USTED TIENE SEGURO DE SALUD PERO NO ESTA UTILIZANDOLO HOY

Debido a los servicios prestados, por la presente, solicito renunciar a todos mis derechos para presentar una reclamación de seguro. BSSI, no aceptara la asignación para la atención médica proporcionada sobre mí, por BSSI o cualquier miembro de su personal médico. Se me ha informado que el servicio médico de hoy puede ser un beneficio cubierto por mi seguro de salud actual. Elijo pagar por él, y todos los costos médicos asociados en su totalidad, ante los servicios que se prestan. No quiero que esta oficina se contacte con mi proveedor de seguros ni proporcione ninguna información. Esta decisión es irrevocable.

O

COMPLETE ESTA SECCION SI USTED TIENE SEGURO Y LO UTILIZARA AQUÍ HOY

En consideración los servicios prestados por este medio irrevocablemente asignado se traslado a BSSI, los derechos, títulos e intereses sobre las prestaciones debidas por los servicios prestados por el BSSI o sus agentes previstos en la política mencionada. Por la presente autorizo a la compañía de seguros en el presente documento que aparece arriba para pagar directamente a BSSI, todas las prestaciones debidas en virtud de dicha política (s) en razón de servicios prestados en la misma. Pagaré BSSI por todos los cargos incurridos o como alternativa para todos los cargos en exceso de las sumas efectivamente pagadas en virtud de dicha política (s) Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original.

Seguro: _____ Numero: _____ Grupo: _____
 Nombre del Asegurado: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO CON EL ORIENTADOR

MEDICO 1^{ER} TRIMESTRE D&E

Opciones, Explicaciones.
 Consentimiento informado.
 Anestesia riesgos, beneficios y efectos secundarios Explicación.
 Citas de seguimiento y Post operatorio, instrucciones dadas.
 Enfermedades de transmisión sexual, VIH comentados.
 Violencia doméstica.
Después de 15 semanas de la última menstruación.
 Paciente comfortable con aborto del primer trimestre.
 Paciente comfortable con aborto del segundo trimestre.
 Instrucciones y consentimiento de laminarias.
 Numero correcto de la persona que lo llevara a casa.
 Número de teléfono donde se puede localizar al paciente en la noche.

Control de la natalidad discutida, Paciente eligió _____

Información dada _____ muestras _____
 FM FD

Notas: _____

He respondido a todas las preguntas a conocimiento y analizado los procedimientos de sedación, y los riesgos, complicaciones beneficios y efectos secundarios con el orientador. Yo confirmo que no he comido ni bebido desde _____. Yo entiendo que es mi responsabilidad tener a alguien que me lleve a casa después de la cirugía y se quedan conmigo las 24 horas si elijo la anestesia.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____

Demografía del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Número de embarazos previos:

Vivos _____ Ahora fallecidos _____ Abortos Involuntarios _____ Abortos Voluntarios _____

Residencia del paciente – Condado / Estado:

¿Paciente es casada?

- Si
- No

¿Paciente es de Origen Hispana o Latina?

- No, no soy Hispana/ Latina
- Si, soy Mexicana, mexicana Americana, Chicana
- Si, soy Puertorriqueña
- Si, soy Cubana
- Si, soy de Otro país
(especifique) _____

¿Raza?

- Blanca
- Negro o Afro Americano
- Guameño
- Indio Americano
- Chino
- Filipino
- Japonesa
- Nativo de Alaska
- Vietnamesa
- Otra Isla Pacifica islandés
- Nativa Hawaiana
- Samoana
- Otra Raza (especifique): _____

Educación del paciente:

- Octavo Grado
- 9th – 12TH Grado, no diploma
- Escuela Secundaria o GED completado
- Créditos de universidad, no licenciatura
- Grado Asociado
- Licenciatura
- Maestría
- Doctorado o Grado Professional

Razón por la terminación de embarazo:

- Aborto Electivo
- Aborto realizado por razones sociales o económicas
- Aborto realizado debido a la salud emocional / psicológica de la paciente
- Aborto realizado debido a la salud física de la madre, pero no pone en peligro la vida
- Aborto realizado debido a una condición física que pone en peligro la vida
- Aborto realizado debido a un defecto genético fetal grave, deformidad o anomalía
- Aborto realizado debido a incesto
- Aborto realizado por violación

Si hay alguna pregunta que no pudo responder, Por favor dirija con la consejera. Por favor no pregunte en la ventana delantera.

HISTORIA MÉDICA

Sus respuestas son para nuestros registros y serán consideradas como confidenciales

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Historial de Embarazo

Embarazos previos _____ Número de niños que viven _____
A Terminó _____ Prematuro _____ Parto vaginal _____ Cesárea _____ abortos involuntarios _____
Abortos _____ Embarazos ectópicos _____ Embarazo molar _____ otras complicaciones _____
Fecha de la última menstruación _____ Tipo de sangre (si la sabe) _____ Positivo Negativo

Historia Ginecológica

(Por favor marque cualquiera que tiene ahora o ha tenido en el pasado)

Historia de ETS: Gonorrea Clamidia Tricomonas Sífilis Herpes HIV VPH
 Historia de citología anormal Colposcopia Criocirugía Leep/biopsia en cono Fibromas

Preguntas de Salud en General

¿Esta en buen estado de salud? SI NO _____

Esta en algún tratamiento en la actualidad _____, _____, _____

Lista de cirugías realizadas (año): _____, _____, _____

Otras Hospitalizaciones _____

Ha tenido algún sangrado anormal asociado con una cirugía previa o trauma SI NO

Transfusiones sanguíneas (año): _____

ALERGIAS al algún medicamento o sustancia SI NO Escriba una lista a lo que es alérgico: _____

Usted o alguien de su familia tiene alguna condición médica SI NO (QUIEN) _____

¿Cual? _____

Esta usted tomando medicamentos en este momento NO Si (Nómbrelos) _____

¿Usted fuma? SI NO Drogas? SI NO (Cual) _____

Por favor Indique SI o NO para cualquier condición, incluso si ya no los tiene

	Si	No		Si	No		Si	No
Problema Cardíaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo en el Corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de Válvula Mitral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación de Glándulas linfáticas... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos Congénitos del Corazón..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de Aliento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Emocionales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumatoidea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmonía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al Corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención Psiquiátrica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria/Rash.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotensión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Escarlatina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Riñón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el Pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Hay alguna enfermedad o problema que usted piensa que deberíamos saber? SI NO En caso afirmativo, explique: _____

He leído (o me han leído) la evaluación anterior y certifico que la información proporcionada es correcta y llenada de forma adecuada según mis conocimientos.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

El siguiente contexto debe ser completado por Pacientes para Cirugía de Primer y Segundo Trimestre SOLAMENTE:

De acuerdo con la Sección 383.33625 de los Estatutos de la Florida, todos los restos serán manejados y eliminados de acuerdo con sus regulaciones. Su firma autoriza a nuestros médicos para disponer de los restos fetales en los términos utilizados habitualmente

_____ HE LEIDO ESTE AVISO. Yo no voy a hacer ningún arreglo funerario.

Si tiene la intención de disponer de arreglo funerario HECHAS CON UNA CASA FUNERARIA, estos arreglos deben hacerse con anticipación, POR USTED. ES SU RESPONSABILIDAD PARA COORDINAR CON ELLOS, Y NOTIFICAR A NUESTRA OFICINA DE SUS INTENCIONES, ASÍ COMO EN LA PROVISIÓN DE EE.UU. CON SU INFORMACIÓN DE CONTACTO. INICIALES SI USTED ESTÁ HACIENDO ESO.

_____ YO HE HECHO ARREGLOS CON: (Nombre y Teléfono de la funeraria): _____

**Mifeprex y Misoprostol Consentimiento de Aborto
(Iniciales Por Favor)**

Pagina 1 de 2

Yo, _____, doy permiso para que BSSI, u otro proveedor designado por ellos, para llevar a cabo un aborto que nos es quirúrgico si no medicado con Mifeprex y Misoprostol.

_____ Yo he revelado plenamente mi historial médico completo incluyendo pero no limitado a la fecha de mi última menstruación, alergias, condiciones de la sangre, medicación previa, ni medicamentos y reacciones a medicamentos o drogas. Certifico que he leído este formulario, o que ha sido leído a mi. Yo entiendo su contenido y cualquier pregunta ha sido contestadas a mi entera satisfacción y comprensión. Certifico que se me ha dado la Guía del Medicamento Mifeprex y que he tenido la oportunidad de leerlo y discutirlo con el profesional.

_____ Yo Entiendo que se me dará el protocolo aprobado por la FDA una dosis de 200mg de Mifeprex y una dosis de 600 mcg de misoprostol por vía oral.

DESCRIPCIÓN:

_____ Yo entiendo que tengo menos de 11 semanas de embarazo, y yo he decidido el tener un aborto con medicamentos: Mifeprex y Misoprostol. Estos medicamentos causan un aborto iniciando cólicos y sangrado vaginal como una menstruación abundante o aborto involuntario. Este método permite que una mujer embarazada tenga un aborto no quirúrgico.

_____ Mifeprex es un fármaco que bloquea la acción de la progesterona, una hormona necesaria para continuar con el embarazo. Mifeprex ha sido aprobado por la Food and Drug Administration de EE.UU. (FDA) para el aborto temprano, y ha sido utilizado por millones de mujeres en Asia y Europa (se ha referido como "RU-486"). Misoprostol es un medicamento que se usa en los Estados Unidos para evitar irritación o úlceras en el estómago, en un uso off-label. cuando la FDA aprobó Mifeprex, fue aprobado para su combinación con Misoprostol. los estudios han demostrado que Mifeprex y Misoprostol, cuando se usan juntos, son aproximadamente el 95% de efectividad en causar un aborto en el embarazo temprano.

_____ EL régimen aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) tiene la eficiencia (es decir, funciona 95% del tiempo).

PROCEDIMIENTO:

_____ El Proveedor tomará mi historial médico y examinara para evaluar cuántas semanas de embarazo tengo. La ecografía se realiza para determinar qué tan avanzado está el embarazo. La ecografía se realiza mediante la inserción de la sonda de ultrasonido en la vagina (esto se llama una ecografía transvaginal). Voy a tener mi sangre tomada ("pinchazo en el dedo") para revisar mi factor RH (tipo de sangre positivo o negativo) y hemoglobina (anemia).

_____ Yo me tomare 200mg Mifeprex (un comprimido), mientras que este en la oficina. Esto se conoce como "Día 1".

_____ 24 horas (veinticuatro horas) después, en casa, voy a disolver Misoprostol 800 mcg (4 comprimidos) en la boca con las instrucciones previamente dadas.

_____ Yo permaneceré en casa para descansar por lo menos durante las próximas 6 horas, ya que es cuando el sangrado y los cólicos probablemente ocurrirán. Entiendo que debo tener acceso a un teléfono, haber recibido información de contacto de emergencia 24 horas.

_____ Yo me podré poner en contacto con el profesional al (954) 720-7777 (o 954-790-7770 Fuera de horario de oficina) en caso de: **Si** empapo 2 o más MAXI-toallas por hora durante 2 horas consecutivas, **Si** tengo fiebre mayor de (101.0F) o si la fiebre aparece unos días después de Misoprostol; **Si** tengo un fuerte dolor abdominal que no mejora con medicamentos que no contengan aspirina; o **No** tengo sangrado dentro de las 24 horas después se insertó Misoprostol, que puede requerir más medicación o una evaluación para un embarazo ectópico (embarazo no en el útero).

_____ Yo volveré a la oficina alrededor del día 14, ya que esta cita estaba prevista antes de que yo ingiriera Mifeprex en el día 1. Esta cita de seguimiento es muy importante confirmar que la terminación de mi embarazo se ha producido y que no ha habido complicaciones. En esta visita, voy a tener una prueba de ultrasonido transvaginal y prueba de orina, para verificar que se ha producido mi aborto medico y esta terminado completamente.

Los Riesgos que pueden incluir:

_____ Aborto Incompleto: Al igual que con un aborto quirúrgico, tejido del embarazo puede permanecer en mi útero. Si esto ocurre, el proveedor discutirá mis opciones de tratamiento que puede incluir uno o más de espera semanas, usando más Misoprostol, o tener una aspiración que es similar a un aborto quirúrgico. Si decido esperar o usar más Misoprostol y el aborto aún no está completo, voy a necesitar un legrado por aspiración. Los riesgos de curetaje aspiración incluyen un riesgo de hacer un agujero en el útero, desgarrar el cuello uterino, la reacción adversa a la anestesia que se puede presentar, infección, sangrado excesivo, la muerte y el fracaso para eliminar todo el tejido del útero.

Mifeprex y Misoprostol Consentimiento de Aborto
(Iniciales Por Favor)

Pagina 2 de 2

_____ Sangrado Vaginal: Al igual que con el aborto quirúrgico, el sangrado abundante puede ocurrir y coágulos de sangre puede salir de la vagina. Si tengo sangrado muy abundante o mareos, el legrado por aspiración puede ser necesario para detener el sangrado. Los riesgos del legrado por aspiración se han indicado anteriormente. El riesgo de tener sangrado vaginal muy pesado después de Mifeprex / Misoprostol es alrededor del 1 por 100 (1%). El riesgo de necesitar una transfusión de sangre después de usar Mifeprex / Misoprostol es de aproximadamente 1 por 1000 (0,1%).

_____ Continuación de Embarazo y defectos de nacimiento: Si mi embarazo no puede terminar después de recibir los medicamentos. Si esto sucede, los defectos de nacimiento son posibles. Debido al riesgo de defectos de nacimiento, sé que un aborto quirúrgico se recomienda para interrumpir el embarazo. Yo seré responsable por el costo del aborto quirúrgico, si el aborto médico falla. Los riesgos de un aborto quirúrgico primer trimestre incluyen un riesgo de hacer un agujero en el útero, desgarrar el cuello uterino, la reacción adversa a la anestesia que se pueden presentar, infección, sangrado excesivo, la muerte y el fracaso para eliminar todo el tejido del útero.

_____ Efectos Secundarios: Los efectos secundarios siguientes son posibles (10-15%): náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, dolores de cabeza y escalofríos. La mayoría de estos efectos secundarios duran menos de un día. Tendré calambres en el abdomen bajo y pueda que necesite medicamentos para el dolor por esta razón.

_____ Embarazo Ectópico: una condición rara que es una complicación del embarazo ya que el embarazo Falopio o fuera del útero. Entiendo que si el embarazo está en la trompa de Falopio o fuera del útero, ni un aborto quirúrgico, ni un aborto Mifeprex / Misoprostol quitará el embarazo, y debido a la posible amenaza de ruptura de la trompa de Falopio, la hospitalización puede ser necesaria tan pronto como se descubra.

_____ Infección: Existe un riesgo muy raro de una infección bacteriana grave después de un aborto médico. Hay un 1 en 100.000 riesgos de desarrollar shock séptico fatal. Habría un riesgo de desarrollar esta infección después del parto, aborto involuntario, el aborto quirúrgico o después de otros tipos de cirugías. Si más de 24 horas después de tomar el segundo medicamento (misoprostol) Tengo un fuerte dolor abdominal o molestias, o 'se siente enfermo', incluyendo debilidad, náuseas, vómitos o diarrea, con o sin fiebre, me pondré en contacto con Michael J. Benjamin, MD inmediatamente. Si vuelvo a visitar una sala de emergencia u otro proveedor de atención de la salud que no prescribe Mifeprex, les diré que estoy sufriendo un aborto médico. Entiendo que este riesgo es más alto que el aborto quirúrgico y acepto este riesgo.

_____ Se desconoce si el uso de antibióticos puede prevenir infección. Dr. Michael J. Benjamin siente que podría ayudar y recomienda Flagyl (genérico: Metronidazol) 250 mg 3 veces al día durante 5 días. Muchos proveedores están haciendo esto y se les prescriben a usted para tomar según las indicaciones.

COSTOS Y PAGOS:

_____ Recibiré atención médica para mi aborto como se describió anteriormente (incluida la información sobre control de natalidad). Esta tarifa no incluye mi dinero en efectivo fuera de la responsabilidad para un aborto quirúrgico si es necesario. Este dinero no incluye la visita a sala de emergencia si fuese el caso, la atención recibida en un hospital la atención en otra instalación o un cuidado medico no relacionado.

CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO:

_____ Se me ha informado de otras opciones al principio del embarazo incluyendo la continuación del embarazo y convertirme en madre, o si no continuar el embarazo y hacer los arreglos de adopción y si es mi elección hacer el aborto quirúrgico. He sido informada de los riesgos involucrados con un aborto quirúrgico y el aborto con medicamentos y los riesgos que implica la continuación del embarazo. Yo entiendo que puedo optar por tener un aborto quirúrgico en cualquier momento después de empezar el aborto con medicamentos, aunque se me exigirá que pagar de mi dinero por esta atención y que la tasa por el procedimiento quirúrgico es \$550.00. Basado en conversaciones con el Dr. Michael Benjamin o el médico que me está atendiendo hoy, y he sido informada claramente y se me ha dado la libertad de decidir por mi misma el método que sea mejor para mi.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA