

Formulario de Consentimiento para una Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

___ Yo solicito una Aspiración Manual Endouterina (AMEU), un procedimiento que vaciará mi útero. Este procedimiento puede ser usado como un aborto por aspiración o como tratamiento para un aborto espontáneo, para un aborto médico fallido o para el sangrado uterino anormal.

___ Yo comprendo que si estoy embarazada, mis tres opciones con respecto a este embarazo son maternidad, adopción y aborto. Comprendo que si estoy embarazada, la AMEU terminará con mi embarazo.

___ Yo comprendo que antes de la AMEU, podría hacerme pruebas para ver si tengo anemia y tendré que documentar mi factor Rh de sangre por medio de una tarjeta de donador, una prueba de sangre previa o una prueba de sangre nueva. Si mi factor Rh es negativo, recibiré una inyección de MicRhogam.

___ Yo comprendo que me podrían ofrecer 2 medicamentos antes de la AMEU: Ibuprofeno para disminuir los calambres y Misoprostol para ayudar a abrir el cérvix. Recibiré anestesia local, con inyecciones de Lidocaína. Que yo sepa, no soy alérgica al Ibuprofeno, Misoprostol o Lidocaína.

___ Yo comprendo que las posibles complicaciones de una AMEU incluyen: vaciamiento incompleto de mi útero, infección, sangrado, reacción alérgica y perforación.

___ Yo he leído este formulario y he tenido tiempo para pensar sobre el asunto. Todas mis preguntas han sido respondidas.

___ Se me ha dado una hoja informativa que explica como y cuando conseguir ayuda si se presentara una pregunta o problema después del procedimiento.

___ En caso que se presente una complicación inesperada durante la AMEU, solicito y autorizo a el/la doctor/a para que haga lo que sea necesario para proteger mi salud y mi bienestar.

___ Por medio del presente documento doy mi consentimiento para que _____ realice el procedimiento “aspiración manual endouterina” en mi persona.

Firma de la paciente: _____ **Fecha:** _____

Testigo: _____ **Fecha:** _____

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