

CONSENTIMIENTO PARA UN ABORTO POR MEDICAMENTOS

Escriba sus iniciales antes de cada declaración para demostrar que usted la comprende y está de acuerdo con ella.

____ Yo sé que mis 3 opciones para este embarazo son la paternidad, la adopción y el aborto.

____ El “aborto por medicamentos” significa un aborto usando drogas. Un aborto por aspiración usa instrumentos para vaciar el útero o vientre. Yo no debería comenzar un aborto por medicamentos a menos que esté segura que quiero interrumpir mi embarazo. Estoy dispuesta a tener un aborto por aspiración si el aborto por medicamentos falla.

____ Yo se que el aborto por medicamentos debe ocurrir en las primeras 9 semanas de embarazo.

____ Yo tomaré 2 medicamentos. El primero es la mifepristona, el cual bloquea una hormona necesaria para que un embarazo continúe. Tomaré una dosis de 200 mg porque las investigaciones han demostrado que esta dosis funciona. La segunda droga es el misoprostol. Este causa calambres que expulsan el embarazo.

____ Yo tomaré la tableta de mifepristona antes de salir del centro de salud. Yo sé que esto puede causar náusea, diarrea y calambres.

____ Yo me llevaré 4 tabletas de misoprostol a mi casa. Las usaré como se me ha indicado.

____ De una a seis horas después de colocar el misoprostol, tendré calambres y sangrado. Los calambres pueden ser muy fuertes durante varias horas, pero generalmente no más de 24 horas. El sangrado puede ser bastante profuso, con coágulos, durante varias horas. Yo podría ver algunos tejidos del embarazo (generalmente blancos o grises). Si el sangrado profuso dura más de 12 horas, o si empapo más de dos toallas sanitarias por hora durante dos horas seguidas, yo debo llamar a mi proveedor. Yo debería llamar si NO tengo ningún sangrado a las 24 horas de introducir el misoprostol.

____ Si comienzo a sentirme muy enferma, llamaré al centro de salud. En muy raras ocasiones, algunas mujeres han tenido una enfermedad del tipo “choque tóxico” después de un aborto por medicamentos.

____ Yo debería regresar para mi cita de seguimiento en una semana para asegurarme que el aborto se ha completado.

____ El aborto debe ser completo porque el misoprostol puede causar serios defectos del nacimiento. Si el aborto no es completo, yo podría necesitar una aspiración al vacío (un procedimiento de succión para vaciar el útero) para interrumpir el embarazo.

____ Yo he leído este formulario y he tenido tiempo para pensarlo. Todas mis preguntas han sido respondidas.

____ Si alguna complicación ocurre, yo solicito y permito que mi proveedor haga lo que sea necesario para proteger mi salud y mi bienestar.

____ Por este medio yo doy mi consentimiento para que _____ me proporcione la mifepristona y el misoprostol para un aborto temprano por medicamentos.

Firma de la paciente: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____