

Formulario de Consentimiento para un Aborto de Aspiración Manual (Procedimiento de Aborto)

___ Solicito un procedimiento de aborto que vaciará mi útero. Este procedimiento puede ser utilizado como un aborto por aspiración o como tratamiento para un aborto espontáneo, un aborto por medicamentos fallado, o para el sangrado uterino anormal.

___ Entiendo que si estoy embarazada, mis tres opciones con respecto a este embarazo sean la maternidad, adopción y aborto. Yo entiendo que si estoy embarazada, el procedimiento interrumpirá mi embarazo.

___ Comprendo que antes del procedimiento, es posible que me hagan pruebas de sangre para comprobar si tengo anemia.

___ Entiendo que me le puede ofrecer medicamentos antes del procedimiento: ibuprofeno para disminuir los calambres. Recibiré anestesia local con inyecciones de lidocaína. Que yo sepa, no soy alérgica al ibuprofeno o lidocaína.

___ Entiendo que las complicaciones posibles del procedimiento incluyen: vaciamiento incompleto de mi útero, infección, sangrado, reacción alérgica, y perforación.

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

___ Se me ha dado una hoja informativa que explica cómo y cuándo debo buscar ayuda si tengo una pregunta o problema después del procedimiento.

___ En el caso de una complicación inesperada durante el procedimiento, solicito y autorizo al proveedor de salud que haga lo necesario para proteger mi salud y el bienestar.

___ Doy mi consentimiento que _____ realice el procedimiento de aborto para mí.

___ Si me hicieron pruebas de infecciones de transmisión sexual o pruebas de tipo de sangre, estaré disponible en este número para recibir los resultados:

Mi teléfono: _____ Podemos dejar un mensaje confidencial? ___Sí ___No

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Proveedor de Salud: _____ Fecha: _____