

Consentimiento para un aborto por medicamentos

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

___ Sé que mis tres opciones para este embarazo son la paternidad, adopción, y aborto.

___ Tener un aborto es mi decisión y nadie me ha obligado a hacer esto.

___ Sé que el aborto por medicamentos debe

___ Tomaré 2 medicamentos. El primero es la mifepristona, la cual bloquea una hormona necesaria para que un embarazo continúe. Tomaré una dosis de 200 mg. El segundo medicamento es misoprostol. Esto causa calambres que expulsan el embarazo.

___ Voy a recibir la pastilla de mifepristona y haré un plan para tomarla cuando me convenga.

___ Llevaré 4-8 pastillas de misoprostol a casa conmigo. Voy a insertarlos como se me ha indicado.

___ Entiendo que 1-6 horas después de colocar el misoprostol, tendré calambres y sangrado. Los calambres pueden ser muy fuertes durante varias horas, pero por lo general no por más de 24 horas. El sangrado puede ser bastante profuso con coágulos durante unas horas. Es posible que vea tejido del embarazo (generalmente de color blanco o gris). Si el sangrado profuso dure más de 12 horas, o si empape más de 2 toallas sanitarias por hora durante 2 horas seguidas, debo llamar a mi proveedor de salud. Debo llamar si NO tengo ningún sangrado a las 24 horas de colocar el misoprostol.

___ Si comience a sentirme muy enferma, llamaré al centro de salud. En muy raras ocasiones, algunas personas han tenido una enfermedad de tipo "choque tóxico" después de un aborto por medicamentos.

___ Entiendo que el aborto con medicamentos es muy seguro. Hay algunos riesgos raros, que incluyen infecciones, embarazo en curso, y sangrado abundante.

___ Puedo tener una cita de chequeo o llamada con mi proveedor de salud en 7-14 días para asegurarme de que el aborto sea completado. Si todo ha ido como esperaba, haré una prueba de embarazo en el centro de salud o haré una prueba de embarazo en casa 4 semanas después de tomar los medicamentos para asegurarme de que el aborto sea completado.

___ Entiendo que el misoprostol puede causar defectos de nacimiento graves. Si el aborto con medicamentos no funciona, voy a necesitar un procedimiento para vaciar el útero o usar más medicamentos.

___ Si alguna complicación ocurre, solicito y permito que mi proveedor de salud haga lo necesario para proteger mi salud y el bienestar.

___ He leído este formulario personalmente o alguien me lo ha leído, y he tenido tiempo para pensarlo. Todas mis preguntas han sido respondidas.

___ Me han dado el acuerdo del paciente de Danco para leer y firmar.

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

Mi Teléfono: _____ Me puede dejar un mensaje confidencial ___si ___no

___ Por este medio doy mi consentimiento que mi proveedor de salud _____ me proporcione la mifepristona y el misoprostol para un aborto con medicamentos.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del proveedor de salud: _____

Fecha: _____