

**BSSI**  
**HOJA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (Cel) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono (T) (C) \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

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  1ER 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 confortable con aborto del primer trimestre.

Paciente confortable 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 \_\_\_\_\_

## 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 Sí o NO para cualquier condición, incluso si ya no los tiene

	Sí	No		Sí	No		Sí	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"/>
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?  Sí  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): \_\_\_\_\_



**BSSI CONSENTIMIENTO INFORMADO A LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO**  
**(Iniciales Por Favor)**

\_\_\_\_\_ 1. Yo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_. Solicitud y doy consentimiento a la actuación sobre mí de un procedimiento de interrupción del embarazo, la succión, D & C, D & E, por el Dr. Michael Benjamin, o un médico adjunto designado en BSSI, BSS International, Inc. (en adelante denominado "el Centro") en 7777 Norte University Drive, Tamarac, Florida

\_\_\_\_\_ 2. Por la presente solicito y autorizo al Dr. Michael Benjamin, y a los asistentes seleccionados por él, para llevar a cabo sobre mí el procedimiento conocido como:

**Terminación Electiva del Embarazo**       **Terminación Terapéutica del Embarazo**

\_\_\_\_\_ 3 El propósito del procedimiento es terminar mi embarazo, y yo afirmo que yo personalmente he elegido la interrupción del embarazo a la luz de la alternativa de continuar con el embarazo a término. Ningún miembro del personal y nadie más han coaccionado ni me obligó a interrumpir el embarazo en el Centro.

\_\_\_\_\_ 4. Doy mi consentimiento adicional para la toma de las culturas y la realización de pruebas y procedimientos que se indican razonablemente, además de la interrupción del embarazo / tratamiento quirúrgico de la muerte fetal, sea o no relacionado condiciones conocidas en la actualidad, si encuentran este necesarias o convenientes en el curso de mis asistentes médicos de evaluación del tratamiento, para la gestión de complicaciones o de otra manera.

\_\_\_\_\_ 5. Por la presente declaro que he leído y entendido completamente una hoja adjunta titulada "Información importante el que cada paciente debe saber que respecta a la terminación del procedimiento de embarazo" o "Información Importante Cada paciente debe saber que respecta a la interrupción del Embarazo / Tratamiento quirúrgico de Procedimiento de muerte fetal (s). "Entiendo perfectamente y acepto los diversos riesgos enunciados en ellos, y yo he tenido la oportunidad de analizar estos riesgos y todos los demás asuntos que pude haber referentes a la interrupción del embarazo / Tratamiento quirúrgico del procedimiento de muerte fetal (s) con un Doctor en Medicina. Mi firma al final de la hoja de información indica mi aprobación y la aceptación de todos los riesgos establecidos en el mismo.

\_\_\_\_\_ 6. Entiendo la naturaleza de la interrupción del embarazo, el procedimiento a realizar, y las alternativas a este procedimiento que incluye la continuación del embarazo a término, y / o de adopción de alternativas. El Centro por la presente me asesora de la disponibilidad de los servicios de agencias sociales si deseo continuar el embarazo a término.

\_\_\_\_\_ 7. Por la presente renuncio formalmente a cualquier reclamo o demanda que yo, o mis representantes, pueda tener de cualquier naturaleza, tipo o descripción contra el Dr. Michael Benjamin, sus agentes o empleados que participan en el procedimiento aquí establecido. Supongo específicamente cualquier y toda responsabilidad por el procedimiento indicado anteriormente, reconociendo que el mismo se hace a petición mía para mi beneficio.

\_\_\_\_\_ 8. Entiendo los riesgos y posibles complicaciones de tener el embarazo terminado, incluyendo pero no limitado a, los coágulos, infección, la sangre en el útero, fallo o aborto incompleto (tejido queda en el interior del útero), perforación (perforación en el útero, el cuello uterino, los intestinos, vejiga), reacción a medicamentos, incluyendo la anestesia, depresión, angustia emocional, laceración cervical, amenorrea (sin periodo, adherencias uterinas, problemas de sangrado, problemas del corazón y la respiración, embarazo ectópico, y cualesquiera otras complicaciones imprevisibles (incluyendo aumento de los riesgos de enfermedades preexistentes ).

\_\_\_\_\_ 9. Doy mi consentimiento para la administración de este tipo de anestesia que se considere necesario por mi médico o asociados.

\_\_\_\_\_ 10. Comprendo la angustia emocional es una complicación potencial de este procedimiento. Mujeres individuales hacen frente de manera diferente con el aborto. La mayoría de las mujeres pasan el proceso con efectos emocionales mínimos, pero en algunos casos, la ayuda profesional puede ser requerida. Entiendo que puedo volver al Centro si necesito asesoramiento y / o referencia adicional si esto ocurriera.

\_\_\_\_\_ 11. Total y completamente he dado a conocer mi historial médico, incluyendo alergias, condiciones de la sangre, el corazón y / o problemas respiratorios, medicamentos antes o medicamentos que se toman y las reacciones que he tenido a los anestésicos, medicamentos o drogas. Doy mi consentimiento para la dependencia de mi médico sobre esta revelación tan completa, exacta y completa.

\_\_\_\_\_ 12 Entiendo que un embarazo de terminación / tratamiento quirúrgico del procedimiento de muerte fetal requiere la eliminación de los productos de la concepción y otros tejidos, y consiento en cesión o utilización de estos productos y el tejido por el médico de cualquier forma que consideren apropiada si tengo preguntas o complicaciones después de salir, estoy de acuerdo en llamar al médico de inmediato. Se me ha proporcionado la información de contacto para el médico. Estoy de acuerdo que, si debo buscar tratamiento para las complicaciones derivadas de la terminación / tratamiento quirúrgico del procedimiento de pérdida del feto de cualquier otro médico antes de la consulta con el médico, el médico no va a ser capaz de ayudar aún más. Entiendo y acepto que el médico no está obligado a proporcionarme cualquier tipo de tratamiento u hospitalización por complicaciones que surgen del procedimiento de terminación del embarazo.

\_\_\_\_\_ 13. Entiendo la naturaleza del período de recuperación post-operatorio. Entiendo la lista de instrucciones junto con los medicamentos, lo que tengo que tomar. Entiendo y comprendo la importancia de una cita de seguimiento y entiendo que es mi responsabilidad para llegar a esta cita. Entiendo que debo contactarme a la oficina del Dr. Michael Benjamin si tengo alguna pregunta o inquietud acerca de mi recuperación

\_\_\_\_\_ 14. Entiendo que, en muy raras circunstancias, la oficina del Dr. Michael Benjamin considere que es para mi mejor bienestar trasladarme al hospital. Entiendo que, en esta rara ocurrencia, voy a ser responsable de todos los gastos devengados. Además, entiendo, la oficina del Dr. Michael Benjamin no se hace una brecha en la confidencialidad. En situaciones de emergencia a veces es necesario ponerse en contacto con otras personas.

\_\_\_\_\_ 15. Además, entiendo que se me ha informado por el Centro de permanecer en el área de la atención por dos semanas siguientes a la terminación. Entiendo que, si he optado por ir en contra de los consejos, yo asumo toda la responsabilidad por mi cuidado, estoy de acuerdo en no llevar a cabo el Centro, sus médicos o cualquier miembro del personal responsable de ningún daño o lesión que pueda resultar de mi salida de la zona.

Entiendo que este consentimiento informado y la declaración de la información con la que también he sido informada que son documentos legales y es mi deseo y el acuerdo de que todas las otras partes siguen en vigor, y son vinculantes para mí. Estos documentos jurídicos reflejen mis deseos, y si alguna parte de estos documentos está considerada inválida, es mi deseo y acuerdo de que todas las otras partes continúan en vigor. Certifico que he leído y entiendo completamente este consentimiento informado, y que estoy de acuerdo en vista de que el consentimiento y la información relativa a los procedimientos de interrupción del embarazo que han sido brindadas para mí, para el procedimiento de interrupción del embarazo que he solicitado.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA

## BSSI

### INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA CADA PACIENTE, LO QUE DEBE SABER RESPECTO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO / PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y MUERTE FETAL

- 1. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:** Es la terminación y evacuación del embarazo o inducción de muerte fetal es un procedimiento quirúrgico que como cualquier otro implica cierto tipo de riesgo mayor o menor para el paciente. Estos riesgos se describen a continuación.
- 2. INFORMACIÓN CORRECTA:** El médico que realiza una terminación o procedimiento de evacuación de inducción del embarazo debe proporcionar información completa para el paciente con el fin de evaluar correctamente sus necesidades médicas y su estado físico. Además, el médico debe estar provisto de los resultados de las pruebas de laboratorio con el fin de preparar mejor el procedimiento a realizar. Si no se proporciona, el médico tratante con información no adecuada y precisa puede llevar a complicaciones innecesarias. Cada paciente, teniendo en cuenta cualquier procedimiento quirúrgico deberá proporcionar a su médico su historia médica completa, incluyendo alergias, condiciones en la sangre, medicamentos anteriores, o medicamentos de tratamiento actual, reacción adversa a la anestesia, medicamentos u otro tipo de alergia. Los pacientes también deben permitir que su médico al tomar cualquier y todas las demás pruebas que estime convenientes para la evaluación o el tratamiento de su cuidado. Es de vital importancia para los casos de interrupción del embarazo una historia clínica completa y precisa de la menstruación durante los seis meses anteriores al procedimiento de terminación de este.
  - Un anestésico local no siempre elimina el dolor. En algunos casos, los anestésicos locales causan reacciones graves, incluso shock. No se puede garantizar que el uso de un anestésico local hará que el procedimiento de interrupción del embarazo sea sin dolor o que no hallan algún tipo de reacciones adversas grave o parcial o incluso no funcione.
  - La sedación consciente puede hacer que el paciente este en un estado similar al sueño. El paciente sentirá mareo y experimentara en algunos casos un poco de náuseas. Los medicamentos administrados son sedantes intravenosos y agentes anestésicos. Los medicamentos pueden minimizar el dolor, o no pueden eliminar el dolor del todo en algunos casos, debido a que cada persona reacciona de diferente manera a la anestesia.
- 3. ANESTESIA:** La anestesia se utiliza en la mayoría de los procedimientos quirúrgicos para eliminar o reducir el dolor de la ejecución del procedimiento quirúrgico. La anestesia no es infalible, y en algunos casos, el paciente experimentará dolor y las molestias a pesar de que se administra la anestesia. En la terminación de los procedimientos de evacuación de embarazo o inducción, un anestésico local se utiliza junto con la opción de una anestesia intravenosa. La anestesia puede ocasionar discapacidad mental temporal.
- 4. REQUISITO MANDATORIO:** Yo entiendo que se me administrará anestesia como parte de mi intervención quirúrgica. Estoy de acuerdo en no conducir un vehículo o dejar la instalación sin un conductor con licencia para asistirme o llevarme a casa. Entiendo que, si no cumplo con este requisito, podría resultar en lesiones graves o la muerte a mí mismo y a terceros. Por lo tanto, si no puedo conseguir un conductor con licencia, voy a informar de ello al Dr. Michael Benjamin o cualquiera de sus agentes, que me ayudarán a hacer los arreglos de transporte alternativo y es de mi costo.
- 5. COMPLICACIONES EN GENERAL:** Las complicaciones asociadas con los procedimientos de evacuación interrupción del embarazo o inducción son generalmente considerados como no ser más severos que los relacionados con el parto y pueden ser generalmente menos severos que aquellos asociados con el parto. Sin embargo, como con todos los procedimientos quirúrgicos, hay riesgos inherentes de complicaciones menores y mayores, que pueden ocurrir sin culpa del médico. No se puede garantizar que las complicaciones no se presentaran. Con respecto a los procedimientos de evacuación de la interrupción del embarazo o inducción, existe la posibilidad de perforación del útero y lesiones resultantes que podrían requerir que se realice una histerectomía. En algunos casos, todo el tejido no se puede quitar y en tales casos, se puede producir fiebre, sangrado e infección. Las reacciones adversas a los medicamentos y la anestesia pueden también ocurrir y estas reacciones incluyen dolor, calambres, e incluso convulsiones. En raros casos, el contenido del útero no se puede eliminar por completo y que podría seguir embarazada. Es por esto la importancia de un examen de seguimiento con el fin de evitar y atender a las posibles complicaciones. En general, los anticonceptivos se administran o se utilizan después del procedimiento de evacuación de la interrupción del embarazo estos anticonceptivos pueden a su vez dar lugar a complicaciones adversas.
- 6. SEGUIMIENTO DEL EXAMEN:** Con el fin de minimizar el riesgo de complicaciones en la terminación o inducción en el procedimiento de terminación del embarazo y para limitar la gravedad de los efectos adversos que tienen lugar. Un examen de seguimiento es siempre necesario. Entiendo que es mi responsabilidad buscar la atención de seguimiento y se me ha aconsejado para volver a consulta con el Dr. Michael Benjamin, o mi médico designado, u otro médico de mi elección u otro centro de atención médica dentro de 2-3 semanas después del procedimiento.
- 7. RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** El estándar de la práctica médica de cualquier médico debe ser juzgado de acuerdo con la normatividad razonablemente aceptable para otros médicos que practican en instalaciones similares en los Estados Unidos. Esto significa que, si bien plenamente esta el medico cualificado para realizar el procedimiento, no se puede esperar que el médico que atiende al paciente en el centro, puede tener talentos inusuales o extraordinarios, pero se puede esperar que sea del mismo calibre que los otros médicos que realizan procedimientos en la comunidad médica.
- 8. RESPONSABILIDAD DEL CENTRO:** El centro tratará de mantener un nivel razonable de responsabilidad financiera; Sin embargo, no puede haber ninguna garantía de que el centro se mantendrá o será capaz de mantener una cobertura de seguro suficiente para satisfacer todas las demandas.

**El paciente reconoce que leyó la información anterior con respecto a la terminación, procedimiento de evacuación del embarazo o inducción y certifica que ella comprende y acepta los riesgos descritos anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA

## **BSSI**

### **PROBLEMAS QUE PUEDEN OCURRIR**

Entiendo los riesgos y posibles complicaciones de la terminación de mi embarazo. Entiendo que algunos de estos problemas pueden evitarse o disminuirse si sigo las instrucciones y cuidados postoperatorios

#### **Los riesgos y las Complicaciones Comunes**

El aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros realizados en los Estados Unidos. Con el fin de ofrecerle el consentimiento informado adecuado, es necesario comprender los riesgos y complicaciones:

1. Tejido retenido: Una pequeña cantidad de tejido se puede dejar en el interior del útero. Si esto ocurre usted debe regresar a esta instalación. También es importante que vuelva en 2 semanas para una cita de seguimiento.
2. Aborto Fallido: El procedimiento se repetirá en las instalaciones sin ningún costo adicional. Es importante que regrese a su cita de seguimiento.
3. Infección: La infección es muy rara, especialmente si usted sigue nuestras instrucciones de cuidado post-operatorio. Tienes que llamar a la oficina si usted tiene fiebre de más de 101 F
4. Embarazo Ectópico: Es un embarazo que esta fuera del útero, por lo general en las trompas de Falopio. No es una complicación del aborto, pero es algo que puede ocurrir de forma natural. Si el medico sospecha de eso, se dará instrucciones sobre lo que se debe hacer al respecto.
5. Sangrado abundante: Muy raramente mujeres pueden experimentar sangrado abundante después de un aborto. Una vez mas, esto se puede evitar o minimizar, siguiendo con las instrucciones y cuidados necesarios. Debe comunicarse con nosotros si su sangrado es abundante y continuo en una hora.
6. Reacción a los medicamentos: Esto puede ocurrir con cualquier cirugía. Tenemos otros medicamentos que le ayudaran en caso de que esto ocurra. Es importante que proporcione su historia médica completa y no omite información.

#### **Complicaciones No Muy Frecuentes**

A continuación se muestra una lista de complicaciones muy raras. Por favor, siéntase libre de hacer preguntas si necesita más explicación.

Paro Cardíaco  
Paro Respiratorio  
Hemorragia  
Perforación Urinaria  
Ausencia de menstruación  
Lesión en el cervix/útero  
Lesión en el intestino o vejiga  
Infección Pélvica y/o tejidos, órganos próximos  
Laparoscopia  
Reacción a la anestesia

Dolor en el ovario  
Septicemia: Infección en la sangre  
Tromboflebitis: Coágulos de sangre en las venas  
Transfusión sanguínea  
Hospitalización  
Histerectomía  
Agravación por pre existentes condiciones  
Cualquier complicación impredecible  
Coágulos de sangre en el útero

---

FIRMA DEL PACIENTE

---

FECHA

---

TESTIGO

---

FECHA