

## RECONOCIMIENTO DEL ULTRASONIDO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, doy consentimiento para un ultrasonido realizado por BSSI para determinar la probable edad gestacional del embarazo en el momento de la interrupción del mismo. El costo del ultrasonido es de \$250 y no es reembolsable. Esto se aplica para el pago de la terminación. La imagen del ultrasonido no puede ser copiada o duplicada, o proporcionada. Es solo para la consulta.

### (Por favor ponga sus iniciales)

\_\_\_\_\_ Yo entiendo y reconozco que si no decido dar por terminado este embarazo, el personal y los médicos de BSSI no son responsables de cualquier tipo de atención mas, que yo pueda requerir o desear, y no constituye a el/ella su responsabilidad como mi medico de cabecera.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo y reconozco que de acuerdo a la ley de la Florida, es requerido en ese medico (u otra persona certificada), realizar un ultrasonido e informar a un paciente que busca terminar un embarazo, la edad gestacional probable del feto, le ofrecerá la oportunidad para ver las imágenes del ultrasonido y se le explique.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo y reconozco que tengo la oportunidad de ver las imágenes de ultrasonido y escuchar una explicación.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo y reconozco que en caso que el embarazo sea mas de 13 semanas por fecha de ultima menstruación y / o una gestación múltiple, se me notificara de esta información.

### (Por favor marque con un circulo SI o NO de acuerdo a cada uno de lo siguiente)

1. **SI** **NO** Yo solicito ver la imagen del ultrasonido.
2. **SI** **NO** Yo solicito escuchar una explicación del resultado del ultrasonido

Certifico que la decisión para ver las imágenes o escuchar la explicación no están basadas en ninguna influencia indebida de ninguna persona que me desanime a hacerlo. Esta decisión fue tomada por mi propia voluntad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Firmado por un Proveedor Medico Autorizado (por favor coloque sus iniciales)

\_\_\_\_\_ Yo he decidido optar por ver o escuchar las imágenes del ultrasonido.

\_\_\_\_\_ Yo he recibido y estoy satisfecho con lo visto y /o se me ha explicado.

\_\_\_\_\_ "El desarrollo fetal y alternativas a la interrupción del embarazo" El departamento de Salud de la Florida ha impreso material de información y se ha puesto ha mi disposición.

### Un médico oralmente y en persona me informó de:

\_\_\_\_\_ La naturaleza y riesgos del procedimiento de aborto que estoy considerando tener.

\_\_\_\_\_ Los riesgos de llevarlo a término.

\_\_\_\_\_ La edad gestacional estimada del feto, verificado por el ultrasonido de hoy, y en el momento de mi cita proyectada.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si la fecha de aborto se pospone, debo añadir en cada día adicional a la probable edad gestacional del feto.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

**Por la presente certifico que por vía oral y en persona he informado a este paciente de las anteriores**  
**( ) Aborto Médico ( ) Aborto Quirúrgico ( ) Segundo Trimestre Aborto**

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor Medico Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora