

INFORME CONFIDENCIAL DE CASO DE ABORTO INDUCIDO

(Por favor presente un solo informe por caso)

For internal DHHS use only

Fecha de interrupción del embarazo del día de hoy

Facility Code: _____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA)

1. Fecha de interrupción del embarazo del día de hoy (MM/DD/AAAA) _____ / _____ / _____
2. Nombre del establecimiento: _____
3. Nombre del médico que suministró el medicamento abortivo o llevó a cabo el aborto quirúrgico:

4. Nombre del médico, agencia o servicio que remitió a la paciente (si aplica):

5. Nombre del médico que diagnosticó la anomalía que limita la vida (si aplica):

6. Lugar donde habita la paciente País: _____ Estado: _____ Condado: _____
7. Edad de la paciente (en años): _____
8. a. Raza de la paciente
 - 1 = Blanca
 - 2 = Negra o Afroamericana
 - 3 = Indígena Estadounidense o de Alaska
 - 4 = Asiática
 - 5 = Nativa de Hawái o Isleña del Pacífico
 - 6 = Multiracial
- b. ¿De origen hispano?
 - 1 = Sí
 - 2 = No
9. Información de los embarazos anteriores de la paciente:
 - a. Número de embarazos anteriores: _____
 - b. Número de hijos nacidos vivos: _____
 - c. Número de abortos naturales o espontáneos anteriores: _____
 - d. Número de abortos inducidos o embarazos interrumpidos anteriormente: _____
10. Fecha en la que comenzó su último período menstrual normal (MM/DD/AAAA) _____ / _____ / _____
11. Fecha del ultrasonido (MM/DD/AAAA) _____ / _____ / _____
12. Edad gestacional aproximada, en semanas completas (si es la fracción de una semana, debe redondear e indicar sólo las semanas completas. Por ejemplo, escriba 6 2/7 semanas como 6 semanas; escriba 7 6/7 semanas como 7 semanas): _____
13. Para abortos de más de 12 semanas, una copia de una imagen de ultrasonido que representa la(s) medida(s) para asignar fecha esté incluida. Nombre y otra información que identifica al paciente no se muestra. Sí No aplica
14. ¿Hay alguna afección médica preexistente que podría complicar el embarazo? Sí No
De ser así, mencione la afección: _____
15. Método de interrupción (marque solamente el método que terminó el embarazo) Quirúrgico (marque el tipo de procedimiento quirúrgico)
 - 1 = Dilatación y legrado (D&C, por sus siglas en inglés)*
 - 2 = Dilatación y evacuación (D&E, por sus siglas en inglés)
 - 3 = Histerotomía o histerectomía
 - 4 = Otra cirugía (especifique)

Médico, no quirúrgico— (marque el medicamento o medicamentos principales)

- 5 = Mifepristona (RU-486 or Mifeprex®)
- 6 = Misoprostol (Cytotec®) o alguna otra prostaglandina**
- 7 = Otro medicamento (especifique): _____
- 8 = Instilación intrauterina (inyección intra-amniótica, típicamente con solución salina, prostaglandina o urea)
- 9 = Otro: _____
- 10 = Desconocido

* Algunos términos adicionales que podrían utilizarse incluyen: dilatación y raspado, legrado por aspiración, legrado por succión, aspiración manual endouterina (o al vacío), extracción menstrual, legrado uterino instrumental (o con cureta).

** Algunas prostaglandinas que se usan comúnmente incluyen misoprostol (Cytotec®) y dinoprostona (también conocida como Cervidil®, prepidil, prostin E2, o dinoprostol).

16. **¿En el momento de este informe, la paciente ha experimentado una complicación?** Sí No
(Si marcó afirmativo (sí), o la paciente después desarrolla una complicación, se le requiere que llene el formulario 1891a que se encuentra en el sitio web aquí: www.ncdhhs.gov/ncdhhs-abortion-complications-reporting-supplement-1891a-spanish/download?attachment)
17. **¿La paciente regresó a una visita de seguimiento por un aborto médico?** Sí No N/A
18. **Si NO, ¿qué esfuerzos se hicieron para motivar a la paciente a regresar a una cita de seguimiento?**
 Llamada telefónica o mensaje de voz Mensaje de texto Correo electrónico
 Mensaje por el Portal del Paciente Otro: _____
19. **Fecha de cita de seguimiento, si corresponde (MM/DD/AAAA):** _____ / _____ / _____
20. **¿Se había finalizado el aborto en ese momento?** Sí No N/A

Firma del médico que administró el medicamento abortivo o llevó a cabo el aborto quirúrgico Fecha

Propósito: Para cumplir con la ley de sesión 2013-14, el Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHHS, por sus siglas en inglés), de Carolina del Norte, recolecta información específica de acuerdo con la ley. Los datos incluidos en el informe tendrán únicamente fines estadísticos y deberá protegerse la confidencialidad de la relación con la paciente. Por ley, un informe completo bajo esta sección no debe incluir el nombre de la mujer, ni cualquier identificador común de la mujer, ni cualquier otra información que haga posible identificar a la mujer.

Distribución: Es responsabilidad del establecimiento asegurarse que se entreguen los documentos de informe de todos los casos de aborto que se lleven a cabo y que coincidan con el número de casos reportados a la División de Regulación de Servicios Sociales (DHSR, por sus siglas en inglés), del Departamento de Salud y Servicios Sociales, para renovar la licencia. La información requerida debe ser transmitida por un medio que permita al establecimiento rastrear el paquete para asegurar que el DHHS lo haya recibido. La información completa del reporte debe ser presentada dentro de 15 días después de uno de los siguientes (i) la fecha de la cita de seguimiento después de haber tenido un aborto, (ii) la fecha de la última cita para tratamiento directamente relacionado con un aborto quirúrgico, o (iii) a fin de mes en el que ocurrió la última cita programada; cualquiera que haya ocurrida más tarde. El reporte completo de una menor debe ser enviado a la División de Servicios Sociales del departamento dentro de los treinta días de haber ocurrido el aborto médico o quirúrgico. Envíe la información completa a:

State Center for Health Statistics
1908 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1900

Si su establecimiento está interesado en crear un sistema para transferir expedientes de manera segura para sus informes, por favor póngase en contacto con: SCHS.reporting@dhhs.nc.gov

En el caso de una menor, una copia de esta información debe ser enviada a la División de Servicios Sociales.
NCSS_abortionreport@dhhs.nc.gov

Suministros adicionales: Disponibles en www.ncdhhs.gov/reprohealth

Puede ordenar más formularios en:
State Center for Health Statistics
1908 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1900
Teléfono: (919) 733-4728