

# INFORME CONFIDENCIAL DE CASO DE ABORTO INDUCIDO

*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  4 = Asiática  
 2 = Negra o Afroamericana  5 = Nativa de Hawái o Isleña del Pacífico  
 3 = Indígena Estadounidense o de Alaska  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 más allá de las 12 semanas, ¿Incluye una copia del ultrasonido que representa las medidas, pero que no incluya el nombre ni otra información que identifique a la paciente?

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. ¿La paciente experimentó alguna complicación?  Sí  No

(De ser así, usted está obligado a completar el formato 1891a que se encuentra aquí: [www.ncdhhs.gov/ncdhhs-abortion-complications-reporting-supplement-1891a-spanish/download?attachment](http://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 la visita de seguimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

20. ¿Se había finalizado el aborto en ese momento?  Sí  No

\_\_\_\_\_  
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 tres 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](mailto: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. [NCDSS\\_abortionreport@dhhs.nc.gov](mailto:NCDSS_abortionreport@dhhs.nc.gov)

**Suministros adicionales:** Disponibles en [www.ncdhhs.gov/reprohealth](http://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