

INFORME CONFIDENCIAL DE CASO DE ABORTO INDUCIDO

Ley de sesión 2023-14 Suplemento de complicaciones del aborto

1. Fecha en la que se presentó por la complicación: (MM/DD/AAAA): ____/____/____

2. Complicación específica para reportar (como lo define la ley § 90-21.81)

- Perforación uterina
- Laceración cervical
- Infección
- Sangrado o sangrado vaginal que califique como un evento adverso de grado 2 o más, de acuerdo a los criterios de terminología común para eventos adversos
- Embolia pulmonar
- Trombosis venosa profunda
- Fracaso en el intento de interrupción del embarazo
- Aborto incompleto a causa de retención de tejidos
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Endometritis
- Embarazo ectópico no detectado
- Paro cardíaco
- Paro respiratorio
- Insuficiencia renal
- Choque
- Embolia de líquido amniótico
- Coma
- Líquido libre dentro del abdomen
- Reacciones alérgicas a la anestesia y drogas abortivas*
- Complicaciones psicológicas como las descritas en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés)
- Otro: _____

** Si la paciente tiene un evento adverso relacionado a la administración, distribución o prescripción de alguna droga abortiva, con el propósito de inducir un aborto, el médico que suministró la droga abortiva, el médico que diagnosticó, o el médico que atendió a la mujer que tuvo un evento adverso, debe entregar un informe escrito del evento adverso a la Administración de Drogas y Alimentos por medio del sistema de informes MedWatch, y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte, dentro de los tres días de haber ocurrido el evento.*

3. Código(s) de diagnóstico pertinente(s) ICD-10 (incluya cualquier afección física o psicológica, la cual, dentro del juicio razonable de un médico o proveedor de servicios médicos, haya sido el resultado directo o secundario de un aborto inducido):

4. **Monto aproximado de dinero facturado para cubrir el tratamiento de la complicación(es) específica(s)** (*esto podría incluir cargos del hospital, visitas a la sala de emergencias, recetas u otros medicamentos, pruebas de laboratorio, cualquier otro costo*):
-

5. **La factura para el tratamiento de la complicación mencionada anteriormente fue enviada a:**

Medicaid

Seguro médico privado

Pago privado

Otro: _____

6. **¿Usted sabe si la paciente obtuvo las drogas abortivas por correo o de una página web?** (§ 90-21.93)

Sí. De ser así, incluya el nombre del proveedor, sitio web o dirección URL, o proveedor de telemedicina. _____

No

Lo desconozco

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 toda la información de la complicación sea presentada en cuanto sea relevante. La información requerida debe ser transmitida por un medio que permita al establecimiento rastrear el paquete para asegurar que el DHHS lo haya recibido. Si la paciente tiene una complicación relacionada a un aborto médico o quirúrgico, la información en este formato debe ser transmitida al departamento dentro de los 15 días antes del fin de mes en el que ocurrió el evento adverso. 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

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

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