

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

FORMULARIO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE (NCDHHS) DE CONSENTIMIENTO DE ABORTO MÉDICO Y DECLARACIÓN DE CONCIENCIACIÓN DE RIESGOS

Al poner mis iniciales en cada uno de los elementos a continuación, certifico que he recibido la siguiente información sobre mi atención:

_____ El médico que realizará el procedimiento es _____.
INICIALES Nombre del médico

Si el médico específico no se conoce en el momento de este consentimiento o cambia después del consentimiento, el nombre se indicará a continuación. Él o ella estará físicamente presente mientras se administra el primer fármaco inductor del aborto.

Él o ella tiene o no tiene privilegios para ingresar al paciente en un hospital local en _____, que
Nombre del Hospital

ofrece atención obstétrica o ginecológica y se encuentra en

Dirección del hospital

que está dentro de 30 millas de la instalación donde se está realizando el aborto. Él o ella tiene un seguro de responsabilidad para cubrir la negligencia en la realización de un aborto a menos que se comunique lo contrario.

_____ INICIALES

Si no corresponde.

Si corresponde, se me ha dado el nombre y la información de contacto del médico o equipo médico que me atenderá en caso de cualquier complicación después del procedimiento.

_____ INICIALES

Si no corresponde.

_____ El proveedor acepta o no acepta mi seguro.
INICIALES

(Opcional) Si ningún hospital está ubicado a menos de 30 millas, el siguiente puede ser el hospital más cercano: _____.

Él o Ella tiene o no tiene privilegios para ingresar al paciente.

Al firmar aquí _____ y poner mis iniciales en cada uno de los elementos a continuación, certifico que he sido informado oralmente, en persona, por un profesional de la salud calificado, de la siguiente información específica, al menos 72 horas antes de que se administrara el primer medicamento inductor de aborto.

Entiendo que la edad gestacional probable de mi embarazo en este momento es de _____ semanas.

 INICIALES

Entiendo que se usarán medicamentos que pondrán fin a mi embarazo y harán que el útero se contraiga para expulsar el tejido del embarazo. Después de recibir estos medicamentos, podría experimentar calambres, dolor pélvico o sangrado, y el paso de coágulos y tejidos en cuestión de horas o días. Se pueden administrar medicamentos para el dolor, los calambres y las náuseas.

 INICIALES

Entiendo los riesgos médicos específicos y las posibles complicaciones del aborto médico. Entiendo que los riesgos de complicaciones de los abortos médicos aumentan con el avance de la edad gestacional. (Consulte a continuación.)

 INICIALES

Entiendo los riesgos médicos específicos y las posibles complicaciones de llevar el embarazo a término. (Consulte a continuación.)

 INICIALES

Riesgos*	Aborto médico	Parto a término
Infección	(Menos de 1 en cada 100)	4 en 100
Hemorragia (sangrado excesivo)	(Menos de 1 en cada 100)	4 a 5 en 100
Aborto incompleto o retención de tejido del embarazo	5 en 100	3 de cada 100 (placenta retenida)
Continuación del embarazo	(Menos de 1 en cada 100)	No corresponde
Riesgos para futuros embarazos: infertilidad	No aumenta cuando no hay complicaciones	No aumenta cuando no hay complicaciones
Muerte (aborto médico o quirúrgico)**	Menos de 0.5 de cada 100,000 abortos	17 a 27 por 100,000 nacidos vivos

*Estimaciones basadas en estudios existentes. Por ejemplo, 5 de cada 100 significa que 5 personas de cada 100 que tuvieron un aborto médico podrían experimentar el riesgo específico.

**Para los abortos después de 13 semanas, la infección y la hemorragia (sangrado) fueron las principales causas de muerte.

Entiendo que a veces ocurren diferencias en el tipo de sangre (incompatibilidad Rh) entre la persona embarazada y el feto y podrían causar riesgos en futuros embarazos. Hay medicamentos disponibles para prevenir esto (inmunoglobulina Rh) y algunas personas que pueden recibir una inyección de inmunoglobulina Rh en el momento del aborto médico para evitar posibles incompatibilidades futuras.

INICIALES

Entiendo que puedo ver los restos de mi embarazo durante el proceso de completar el aborto médico fuera de la clínica.

INICIALES

Puedo ver el(los) feto(s) mediante ultrasonido en tiempo real y escuchar los tonos cardíacos fetales si están presentes antes del procedimiento. Entiendo que la información impresa está disponible para mí sobre las ubicaciones para recibir un ultrasonido del embarazo de forma gratuita.

INICIALES

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi embarazo, cómo se desarrolla el embrión y el feto y las alternativas al aborto médico.

INICIALES

Entiendo que las opciones distintas al aborto incluyen llevar el embarazo a término y quedarme con el bebé o bebés o darlos en adopción.

INICIALES

Entiendo que un aborto médico tiene la intención de poner fin a mi embarazo.

INICIALES

Entiendo que los beneficios del seguro de salud pueden estar disponibles para mí para la atención prenatal, el parto y el cuidado del recién nacido.

INICIALES

Entiendo que los beneficios de asistencia pública pueden o no estar disponibles para mí bajo los programas de asistencia federal y estatal.

INICIALES

Entiendo que, si elijo llevar el embarazo a término, el padre de este embarazo puede estar legalmente obligado a ayudar a mantener al niño(s), incluso si el padre se ha ofrecido a pagar por el aborto.

INICIALES

Me informaron sobre materiales desarrollados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte que describen el desarrollo del feto y listan las agencias que ofrecen otras alternativas al aborto que están disponibles en el sitio web: www.ncdhhs.gov/reprohealth. Si solicité versiones impresas de estos materiales para revisar en lugar del sitio web, estos materiales se proporcionaron al menos 72 horas antes del aborto médico.

INICIALES

Me dijeron que la decisión de someterme a un aborto médico depende completamente de mí. Me dijeron que podía retirar mi consentimiento para el aborto en cualquier momento, incluso después del primer medicamento, pero antes de que se administre el segundo medicamento. No importa lo que decida, mi decisión no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. No perderé ninguna ayuda o beneficio de los programas que reciben fondos estatales o federales, para los cuales de otra manera podría ser elegible.

INICIALES

Entiendo que tengo el derecho privado de acción para demandar al médico calificado que realiza el aborto si siento que he sido coaccionada o engañada antes de tener un aborto. Los recursos estatales sobre este derecho se encuentran en el sitio web: www.nccourts.gov/help-topics/lawsuits-and-small-claims/lawsuits

INICIALES

Entiendo que se me entregará una copia de todos los formularios firmados requeridos por la ley para este procedimiento.

INICIALES

Entiendo que mi médico programará una cita 7 a 14 días después de proporcionar los medicamentos que inducen el aborto para confirmar que el embarazo haya terminado por completo y para verificar si hay complicaciones.

INICIALES

Se me ha dado suficiente información para dar consentimiento informado a un aborto médico.

INICIALES

Entiendo que me someteré a un aborto médico. Se me han explicado las molestias, riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento. Estoy conforme con las respuestas recibidas a todas mis preguntas. También entiendo que mis datos médicos anónimos se divulgarán a representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte como lo exige la ley estatal, y entiendo que puedo oponerme por escrito a que se revise mi historial médico. Mis iniciales y firma anteriores y mi firma a continuación confirman que he reconocido y dado consentimiento voluntariamente a cada elemento específico mencionado anteriormente.

NOTA: Si la paciente es menor de 18 años y no tiene una orden judicial que le permita dar consentimiento a un aborto, la persona autorizada por la ley para dar consentimiento en su nombre debe firmar este formulario de certificación.

Firma del paciente o persona autorizada para dar su consentimiento

Fecha y Hora

Nombre (escrito en letra de molde) del paciente o persona autorizada para dar consentimiento

Relación con el paciente (si corresponde)

Doy fe de que he proporcionado a este paciente la información presentada anteriormente en persona.

Firma del profesional calificado que brinda asesoramiento

Nombre (en letra de molde)

Fecha y Hora

Completar si el médico es diferente de lo indicado anteriormente:

He informado al paciente que el médico que los verá es el Dr. _____.

Tiene privilegios para ingresar al paciente en el hospital local en

_____.

Iniciales del personal