



AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

Este formulario documenta su consentimiento para la interrupción inducida del embarazo, cualquier tratamiento relacionado y tratamientos de seguimiento necesarios. Este documento legal y ético le garantiza que entienda sus derechos y los procedimientos/ tratamientos médicos que Falls Church Healthcare Center (FCHC) le proporcionará. Puede revisar y firmar estos formularios electrónicamente o en persona. Usted tendrá oportunidades adicionales antes del tratamiento para que sus preguntas sean respondidas a su satisfacción.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

MIS INICIALES INDICAN MI COMPRENSIÓN, AUTORIZACIÓN Y / O CONSENTIMIENTO

PARTE I. INFORMACIÓN GENERAL:

_____ Como paciente, tengo derecho a recibir información sobre mi estado de salud y el plan de atención médica que proporcionará Falls Church Healthcare Center (FCHC).

_____ Acepto hablar con la educadora de pacientes o el médico para revisar mi estado de salud y los procedimientos y tratamientos de los planes de Falls Church Healthcare Center (FCHC) para mi atención, así como las alternativas, beneficios, riesgos y efectos secundarios que pueden estar asociados con mi cuidado planificado.

_____ Con el embarazo, hay tres opciones a considerar: aborto, adopción y crianza. Hay dos formas de tener un aborto: Aborto con medicamentos y Aborto por procedimiento (usando aspiración). Discutiré estas opciones con el personal de FCHC.

_____ Puedo cambiar de opinión en cualquier momento antes de recibir el primer medicamento antes del procedimiento elegido.

_____ El personal médico de FCHC puede revelar todo o parte de mi historial médico 1) para ayudar con la continuación de tratamientos, 2) según lo requiera el Departamento de Salud de Virginia, de conformidad con HIPPA y 3) según lo requiera mi compañía de seguros, SI he autorizado a FCHC a facturar por los servicios. Puedo revocar esta autorización notificando por escrito a FCHC.

_____ FCHC (a través de su servicio seguro de mensajes de texto para proveedores) puede comunicarse conmigo por mensaje de texto SMS. Los mensajes de texto pueden incluir recordatorios de citas y otros mensajes relacionados con la atención. Su número de teléfono nunca se compartirá con otras personas. Para optar no recibir mensajes de texto SMS, puedo responder STOP en cualquier momento o proporcionar un aviso por escrito a FCHC.

_____ En consideración a los servicios prestados y recibidos, acepto pagar a Falls Church Healthcare Center de acuerdo con las tarifas de servicio aplicables. Los pagos por servicios médicos, de asesoramiento, de telesalud y de laboratorio completados no son reembolsables.

Parte II. INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA:

_____ He revisado las **Alternativas, los Beneficios, los Riesgos** y los efectos secundarios que pueden estar asociados con mi plan de cuidado, el consentimiento de anestesia, las instrucciones de seguimiento y los videos disponibles en el portal para pacientes de FCHC. Puedo revisar esta información nuevamente con la educadora de pacientes de FCHC a través de telesalud o en persona. Puedo solicitar y recibir copias de esta información sobre mi atención médica.

_____ Todos los procedimientos médicos tienen riesgos conocidos y desconocidos. Ya sea que mi embarazo termine por aborto, aborto espontáneo o parto, los riesgos (complicaciones) son posibles, aunque raros, incluidos los riesgos de muerte, aunque extremadamente raros. Las complicaciones del embarazo, incluyendo la muerte, son mas en casos de parto que aborto inducido.

_____ Informare a la educadora de salud o el medico de todos los medicamentos y fármacos que estoy usando. El uso de metadona, metanfetamina, heroína, cocaína y otras drogas puede aumentar los efectos secundarios de los medicamentos y los riesgos de la anestesia.

Parte III. DECLARACIONES Y CONSENTIMIENTO:

_____ Después de considerar las alternativas, beneficios, riesgos y efectos secundarios, solicito servicios de aborto.

SI califico, solicito tener:

_____ Procedimiento de aborto por aspiración (despierto) con anestesia local administrada por un médico autorizado

_____ Procedimiento de aborto por aspiración (dormido) con sedación intravenosa (IV) administrada por un médico de anestesia autorizado

_____ Aborto con medicamentos con mifepristona / misoprostol administrado por un médico autorizado



Página 2 de 2 AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Declaraciones y consentimiento de la Parte III (continuación)

_____ Es posible que durante el procedimiento se descubran alguna condición que requieran procedimientos o pruebas adicionales diferentes de lo planeado. Entiendo que, siempre que sea posible, se discutirán conmigo. Doy mi consentimiento para proveer de esos servicios para garantizar mi bienestar.

_____ Se pueden administrar medicamentos para abortar mi embarazo de manera segura. Los medicamentos se identificarán y explicarán antes de su administración.

_____ **Ultrasonido:** se realizará un ultrasonido para asegurar que el embarazo esté en el útero (no ectópico) y confirmar la edad gestacional. Esta ecografía no determina si el embarazo es saludable ni el sexo. Se me puede informar si el embarazo es único o múltiple. *Quiero saber si mi embarazo es múltiple:* No Sí

_____ **Control del dolor:** Hay anestesia local (lidocaína) o sedación intravenosa (propofol) para aliviar el dolor durante el aborto por aspiración. Los riesgos de la sedación intravenosa son raros y serán revisados por el médico de anestesia de FCHC. No conduciré un automóvil, operaré maquinaria ni tomaré decisiones importantes hasta la mañana siguiente de recibir la sedación intravenosa.

_____ Informare a la educadora de salud o médico de todos los medicamentos y fármacos que uso. El uso de metadona, metanfetamina, heroína, cocaína y otras drogas puede aumentar los efectos secundarios de los medicamentos y los riesgos de la anestesia.

_____ **Laboratorio:** Doy mi consentimiento para las pruebas necesarias que pueden incluir la tipificación del Rh.

_____ Estoy de acuerdo con la administración de inmunoglobulina Rh (Rhogam) si mi tipo de sangre es Rh negativo, o puedo firmar un formulario para rechazarlo. Entiendo que hay un cargo por Rhogam.

_____ De acuerdo con la práctica médica habitual de FCHC eliminaré y / o analizaré cualquier tejido extraído durante el procedimiento.

_____ El director médico de FCHC, el Dr. Daniel Noonan, y / u otros médicos y asistentes médicos de FCHC pueden proporcionar la atención médica, los tratamientos y los procedimientos que solicito. FCHC es un centro de enseñanza, por lo que entiendo que los residentes médicos, estudiantes de medicina, externos clínicos y / o Doulas observarán y / o participarán en mi cuidado bajo la dirección y supervisión del Médico de FCHC.

_____ Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de recibir el primer medicamento antes del procedimiento elegido.

_____ Llamaré a FCHC al 703-532-2500 (número durante el día) si tengo preguntas, inquietudes o si tengo un problema médico, o al número de teléfono fuera del horario de atención (301-953-8436) para problemas médicos urgentes.

_____ Si busco tratamiento de emergencia o atención continua en otro lugar, entiendo que el costo o las tarifas pueden ser mi responsabilidad (si no están cubiertos por el seguro).

_____ Ningún médico autorizado tiene ni puede hacer ninguna promesa o garantía con respecto a los resultados finales de la atención médica o el aborto.

_____ Tengo información suficiente para dar mi consentimiento informado para el tratamiento y la atención médica. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

_____ Mis iniciales **en cada espacio en blanco** indican que he leído (o me han leído), que entiendo y estoy de acuerdo con cada declaración rubricada.

_____ **Mi firma a continuación** indica que doy mi consentimiento y **autorizo a FCHC a brindar la atención, los procedimientos y los tratamientos solicitados o indicados anteriormente.**

IMPRIMIR SU NOMBRE: Yo, _____ (su nombre completo) he leído y comprendido este formulario. Toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Me doy cuenta de que el médico y FCHC confían en que yo les proporcione información completa y precisa. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Doy mi consentimiento voluntariamente. Nadie me está forzando o coaccionando. Se me proporcionará una copia de este Consentimiento informado si lo solicito.

FIRMA AQUÍ: _____ (Fecha)

Si firma electrónicamente por adelantado, por favor inicialice aquí día del procedimiento _____ (Fecha)

CLINICIAN ATTESTATION: This consent, procedure(s), alternatives(s) and risk(s) were reviewed with the patient who signed above. This patient has told me they understand to their satisfaction and directed me to proceed.

Signature of Provider _____ (Date)