

# Falls Church Healthcare Center (FCHC)

## Consentimiento al Sonograma y Certificación del Período de Espera

Requerido por la ley de Virginia: VA Code 18.2-76 efectivo 01 de Julio 2012

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**AVISO:** Nosotros, en Falls Church Healthcare Center (FCHC) creemos que sabemos lo que es mejor para su cuidado médico y siempre hemos dado a nuestros pacientes opciones para elegir como usted desea su cuidado incluyendo la visualización del sonograma. FCHC creemos que los ultrasonidos o sonogramas, son como parte de un examen médico completo, antes o durante el cuidado médico de cada paciente y puede ser útil para su médico y usted. El ultrasonido o sonogramas es una imagen tomada de su útero por la varita (transductor) abdominal o vaginal y eso nos da una estimación de la edad gestacional y nos da detalles de su anatomía. La legislatura de Virginia a partir del **01 de Julio 2012** requiere que se complete el ultrasonido o sonograma al lo menos de 24 horas antes de su aborto con medicamentos o aborto quirúrgico(solo es una espera de 2 horas antes si vive a más de 100 millas de distancia de nuestra clinica). La legislatura de Virginia también requiere que de una declina formal o optar de las opciones indicadas a continuación como parte de su consentimiento. Sabemos que esta nueva legislación, así como el regreso de su cita a otro día (o la espera adicional de 2 horas) puede ser un inconveniente para usted, y le agradecemos su comprensión. Si usted desea hacer un comentario sobre esta legislatura al Departamento de Salud de Virginia, la información de contacto esta detalla en nuestra póliza de privacidad.

**Por favor, marque las cajas para indicar sus preferencias y firme la certificación:** *Usted tendrá la oportunidad de discutir estas opciones y su cuidado con la enfermera o al médico durante su sonograma.*

- 1)  Yo declino a  Yo elijo ver durante mi examen el imagen que produce el sonograma
- 2)  Yo declino a  Yo elijo recibir una copia del imagen que produce el sonograma
- 3)  Yo declino a  Yo elijo escuchar, si los tonos son audibles, el corazón del feto. Si usted elige para escuchar los tonos cardíacos fetales, ya que esta no es una práctica estándar médica dentro de la comunidad del determincaion de la edad gestacional, el Departamento de Salud de Virginia (VDH) en virtud de este Código VA 18.2-76 D5 & F1 le proporcionará una lista estatal de las agencias privadas y publicas que hagan servicios calificados para proporcionar imágenes de ultrasonido y la auscultación del corazón del feto y que hacen los servicios gratis. Si desea FCHC que le ayude hacer una cita para un servicio de tono de corazón del feto, háganoslo saber.
- 4)  Mi sonograma fue realizada en Falls Church Healthcare Center   
 Mi sonograma fue realizada en \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_ y tengo la copia requerida para mi expediente médico.

Dirección o Número de Telefono

***Yo certifico que mi sonograma se a realizado y que se me ofreció la oportunidad de ver el imagen, recibir una copia de la imagen o/y escuchar los tonos cardíacos fetales. Yo certifico que mi cita para el aborto está previsto al menos de 24 horas después de mi sonograma se ha realizada o yo califico para la excepción de 2 horas de espera.***

**Certificación:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

*Firma del Paciente*

***Complete sólo si vive a más de 100 millas de Falls Church Healthcare Center.***

Verificación de la Excepción al Período de Espera: Puedo calificar para el período de 2 horas de espera, porque yo vivo a más de 100 millas de Falls Church Centro de Salud que se han verificado en el formulario de información de contacto.

**Certificación:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

*Firma del Paciente*

.....**Sólo para el use del PERSONAL**.....  
per VA Code 18.2-76 C *qualified Ultrasound professional provided DATE:* \_\_\_\_\_ *initials:* \_\_\_\_\_

- Patient verbally offered the opportunity to view, receive copy and hear fetal heart tones.  **Copy of Sono requested and given**
- Patient's written certification that opportunity was offered completed above
- Patient's written verification of waiting period exception.

**NOTES:** Estimated Gestational Age \_\_\_\_\_ Cleared for Miso  YES  NO  WILL NEED RESONO

DOP \_\_\_\_\_ TYPE: M P U L H.E. ADVISORY:  DOULA Requested