

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO SOBRE LA CIRUGIA DE ABORTO

Ponga sus iniciales en cada línea para indicar que usted comprende el procedimiento y autoriza que se haga el aborto. Por favor no firme este permiso sin haber leído y entendido lo que contiene. Usted puede hacer preguntas y hablar de las preocupaciones que tenga con nuestro personal, antes de firmar este permiso.

El Centro de Salud Reproductiva de Knoxville (Knoxville Center for Reproductive Health, o sea, KCRH) es una clínica privada sin ánimo de lucro para mujeres. Tiene el propósito de ofrecer la mejor calidad posible de atención médica en cuanto a la salud reproductiva. Esta clínica tiene licencia del Estado de Tennessee, y opera desde 1975. Nuestro director médico, Dr. Morris Campell, es ginecólogo certificado y ha practicado desde 1976. En el caso de emergencia, lo cual es poco probable, por favor llame al número telefónico local de la clínica. Después de las horas de oficina, el centro de mensajes puede tomar su nombre y número de teléfono, y alguien del Centro le llamará de vuelta.

Yo, _____ autorizo que me hagan un aborto quirúrgico en el Centro de Salud Reproductiva de Knoxville.

_____ Antes del aborto, llenaré correctamente la historia médica, pagaré los gastos, y me guiarán por los exámenes de laboratorio. Doy permiso que hagan un examen de sangre para determinar el nivel de hemoglobina (examen de anemia) y el tipo Rh de mi sangre. Si mi sangre es de tipo Rh negativo, voy a necesitar una vacuna adicional (Rhogan) y lo cual tiene un costo extra.

_____ Autorizo al personal del Centro de Salud Reproductiva de Knoxville para que me hagan un examen de ultrasonido para determinar el tiempo aproximado de mi embarazo. Entiendo que este ultrasonido es solamente para determinar el tiempo de mi embarazo, y no es para determinar anomalías de mi embarazo, el feto, o mi sistema reproductivo. Entiendo que hay limitaciones en cualquier técnica de recrear imágenes, y que no hay proceso que sea 100% seguro o confiable. Eximo al Centro de Salud Reproductiva de Knoxville y a sus empleados de toda responsabilidad que se desprende de este examen, particularmente en caso de alguna anomalía de mi embarazo, feto, o sistema de reproducción que no haya sido evaluada en este ultrasonido.

_____ Basado en el ultrasonido que ha hecho el personal del Centro de Salud Reproductiva de Knoxville, tengo aproximadamente _____ semanas de embarazo.

Procedimientos del Aborto Quirúrgico:

_____ Si tengo menos de 13 Semanas: Antes del aborto, tomaré una píldora recetada para el dolor (usualmente 800Mg Ibuprofen) lo cual ayudará con los calambres y tomaré un medicamento, también recetado para relajarme. Debido a que la medicina de calmar los nervios puede afectar mi juicio, entiendo que otra persona tiene que acompañarme y manejar. Acepto no manejar un coche ni operar otra máquina por 8 horas después de tomar el calmante. Puedo elegir no tomar el calmante, y en este caso puedo manejar a mi casa sin otra persona.

_____ Si tengo más de 13 semanas de embarazo, acepto que me pongan una inyección de Stadol para los calambres y Phenergan para ayudar con la náusea. Estas medicinas regularmente dan sueño y afectan la capacidad de pensar bien. Entiendo que tengo que estar acompañada por alguien que me conduzca, y acepto no conducir ni operar maquinarias por lo menos 12 horas después que me den las medicinas.

_____ En el primer trimestre la cirugía de aborto se demora típicamente entre 5 y 7 minutos (en el segundo trimestre el aborto usualmente se demora de 7 a 20 minutos). Entiendo que para recibir la mejor atención, el procedimiento pueda ser más largo. Una señora del centro estará conmigo durante el procedimiento ayudándome a mí y al doctor. El doctor me hará un examen pélvico básico e introducirá un instrumento dentro de mi vagina para abrirla, y así poder ver el cuello uterino. Aplicará una anestesia local (Lidocaine) para adormecer al cuello uterino y le pondrá una pinza. Probablemente sentiré yo unas “picaduras” o “pinchazones” en el cuello uterino. Luego el doctor introducirá una serie de pequeñas varillas en mi vagina y dentro del cuello uterino, dilatándolo (o abriéndolo) un poco. Probablemente sentiré algo de presión y unos calambres. Cuando el cuello uterino está dilatado, el doctor introducirá un pequeño tubo hueco en mi vagina, a través de la apertura del cuello uterino, y dentro de mi útero donde el embarazo está localizado. La aspiradora se prenderá y escucharé la máquina y un sonido de succión. El doctor puede periódicamente suspender la succión, y usar un instrumento (la cureta) para evaluar las paredes del útero, y después succionar otra vez. La aspiración vaciará el contenido de mi útero, removiendo el embarazo. La aspiración generalmente dura 2 o 3 minutos en un aborto del primer trimestre, y generalmente de 3 a 15 minutos en un aborto del segundo trimestre. Durante el aborto es muy probable que sienta dolores moderados o fuertes de tipo menstrual.

_____ En caso de cualquier evento inesperado durante el proceso del aborto, le doy autorización al Dr. Campbell y/o a sus asistentes para que hagan lo que sea aconsejable en el ejercicio de su mejor juicio médico.

_____ **Sala de recuperación:** Después del aborto, me observarán en el cuarto de recuperación por aproximadamente 15 a 30 minutos. Me ofrecerán más medicina para el dolor (usualmente Ibuprofen), y me darán medicina (Methergine o Ergonovine) para ayudar a que el útero se contraiga y para disminuir cualquier sangrado.

Después del Aborto:

_____ **Convalecencia:** Es posible que pueda retornar mañana a mis actividades normales. Estoy de acuerdo en evitar levantar, empujar o jalar cosas pesadas (más de 25 libras) y en evitar actividades vigorosas en los siguientes 7 a 10 días. Demasiada actividad pronto puede aumentar el sangrado y los cólicos después del aborto, y me ponen en mayor riesgo de complicaciones. Para ayudar a prevenir infecciones, estoy de acuerdo en no poner nada dentro de mi vagina—incluyendo no tener relaciones sexuales, no usar tampones, ni cremas vaginales, etc.— hasta después del examen de seguimiento en 3 semanas. Es preferible también no tomar baños en la tina hasta la siguiente visita (tomar baños en la ducha está bien). Recibiré instrucciones escritas para mi convalecencia, y estoy de acuerdo en seguir todas las instrucciones. Estoy de acuerdo en tener un examen de seguimiento aproximadamente 3 semanas después del aborto.

_____ **Sangrado:** Entiendo que después de mi aborto, es posible que tenga algo de sangrado vaginal hasta por 3 semanas. La cantidad de sangrado varía de paciente a paciente. La mayoría de mujeres tiene algún sangrado que va y viene por más o menos una semana. Algunas mujeres

no sangran nada después de un aborto, y otras sangran hasta 3 semanas. Muchas veces el sangrado más fuerte ocurre 3-5 días después del aborto, en vez de al comienzo. Generalmente, el sangrado no es más fuerte que un período menstrual. Tal vez sangraré por unos días, se parará el sangrado, y comenzará de nuevo por unos cuantos días. Tal vez pase coágulos de sangre (usualmente de color oscuro) por mi vagina que varían de tamaño, unos muy pequeños y unos del tamaño de una moneda de 50 centavos. Sangrar y pasar coágulos de sangre es normal, siempre que esto no sea en exceso.

_____ **Calambres:** Comprendo que puedo tener calambres esporádicamente por 2 a 3 semanas. Si lo necesito puedo tomar 800mg de Ibuprofen (Advil o Motrin), 3 veces al día. Generalmente, esta dosis alivia el dolor. Posiblemente me darán una receta para aliviar el dolor (Wygesic) por si el Ibuprofen no me ayuda. Muchas mujeres no necesitan esta receta. Me darán instrucciones adicionales por escrito y verbalmente de cómo usar ésta o cualquier otra medicina recetada. Estoy de acuerdo en seguir todas las instrucciones. He hablado con el personal de la clínica acerca de mis alergias a las medicinas y otras preocupaciones que tenga en cuanto a estas medicinas.

_____ **Yo llamaré a la clínica si :** Empiezo a sangrar tanto que requiera que cambie una toalla higiénica grande más de una vez por hora; tengo mucho dolor o calambres que el Ibuprofen y Wygesic no alivien; paso repetidamente grandes coágulos de sangre de color rojo vivo; o si tengo fiebre de 100.4 o más. Entiendo que es mi responsabilidad llamar a la clínica si experimento cualquier dificultad después de mi aborto.

_____ **Seguridad y Riesgos:** El aborto es uno de los procedimientos más seguros y comunes en los Estados Unidos. Comparativamente es más seguro tener un aborto que llevar un embarazo hasta el final. Aproximadamente 97% de las mujeres no tienen complicaciones o quejas después del aborto; aproximadamente el 2.5% tienen pequeños problemas que se pueden atender en la clínica; y menos del 0.5% requieren cirugía adicional u hospitalización. Entiendo que, con cualquier procedimiento médico o quirúrgico, existe algún riesgo para el cuerpo y la vida. Entiendo que los riesgos en este proceso pueden incluir los siguientes:

_____ **Hematometra después del aborto:** Por el exceso de actividad u otros factores, mi útero puede llenarse de coágulos de sangre. Esta condición puede causar mucho sangrado, cólicos, y que pasen frecuentemente coágulos de sangre. Esta condición puede curarse por si sola o ser tratada con medicinas. Puede requerir que me someta de nueva a la aspiración para sacar los coágulos y aliviar mis síntomas.

_____ **Sangrado Excesivo:** El sangrado muy fuerte normalmente se puede curar con medicina pero puede que se tenga que repetir el procedimiento de aspiración.

_____ **Aborto incompleto:** Si algunos tejidos del embarazo se quedan en el útero después del aborto, pueden ocurrir síntomas como un exceso de cólicos, un exceso de sangrado, y/o infección uterina. Esta condición puede resolverse sola o puede que requiera que me someta otra vez a la aspiración para sacar los tejidos que quedaron.

_____ **Aborto perdido:** En casos no comunes se puede dejar el embarazo dentro del útero. Tendría que someterme al procedimiento otra vez para remover el embarazo. Entiendo que un aborto perdido es más probable si tengo menos de 6-7 semanas de embarazo. El doctor puede ordenar un trabajo adicional de laboratorio, o exámenes adicionales si estoy muy al principio de mi embarazo. Para asegurar que el aborto esté completo, estoy de acuerdo en tener un examen aproximadamente 3 semanas después del aborto.

_____ **Laceración del cuello uterino:** Puede ocurrir una ruptura en el cuello uterino o en la apertura cervical. Esta ruptura usualmente se nota en el momento del procedimiento. La mayoría de estas laceraciones cervicales no necesita tratamiento adicional. Ocasionalmente, se tiene que coser con hilo que se disuelve para reparar la ruptura.

_____ **Perforación del útero:** Si un desgarro o perforación del útero ocurre, normalmente se identifica durante el aborto. Típicamente el útero se contrae después de una perforación lo cual permite muy poco sangrado. Sin embargo, si esto ocurre antes de que se termine el procedimiento, o si hay señales de sangrado interno, podría ser necesario ingresar al hospital para reparar la perforación y terminar el procedimiento bajo anestesia general.

_____ **Infección:** El riesgo de infección se hace mínima con el uso de instrumentos esterilizados, técnica ascéptica, antibióticos, y más importante con el cumplimiento de todas las instrucciones de convalecencia en casa. Los síntomas de una infección incluyen fiebre de más de 100.4 grados, aumento de cólicos, y sensibilidad del vientre. Una infección se puede curar con antibióticos adicionales, y/o requerir que se repita el procedimiento.

_____ **Reacciones emocionales/psicológicas:** La mayoría de las mujeres que eligen el aborto se sienten aliviadas después de éste. Según las investigaciones de la Asociación Americana de Psicólogos, la angustia emocional parece ser mayor antes del aborto, no después. Entiendo que un mínimo porcentaje de mujeres experimentan angustia emocional duradera después del aborto. Se tiene que considerar las reacciones psicológicas al aborto en comparación con los impactos psicológicos de las alternativas—llevar un embarazo no deseado hasta su final y ser madre, o hacer los arreglos de adopción .

_____ Entiendo que el propósito del aborto es terminar mi embarazo. Entiendo que existen alternativas al aborto: 1) Tener el bebé y ser madre o 2) tener el bebé y darlo en adopción. He considerado todas estas opciones y elijo tener el aborto. Entiendo que nadie me puede forzar a tener un aborto. Abortar es mi decisión.

_____ He leído y entendido toda la información contenida en este consentimiento. Por lo presente pido y doy consentimiento para que el Dr. Morris Campbell y/o sus asociados en el Centro de Salud Reproductiva de Knoxville me hagan el procedimiento del aborto.

Firma de la Paciente

Fecha

Firma del Asociado o Empleado

Fecha