

Publicación de la historia clínica

Autorizo al Centro de Salud Reproductiva de Knoxville darle al médico o a la enfermera practicante que voy a ver para cuidado de seguimiento, la completa historia clínica que tiene sobre mi tratamiento el día _____.

Fecha de hoy

Nombre del médico _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

También autorizo al médico que hace el tratamiento de seguimiento a darle la información clínica pertinente a ese tratamiento al Centro de Salud Reproductiva de Knoxville, Inc. También autorizo que el Centro de Salud Reproductiva de Knoxville, Inc. comparta mi historia clínica con cualquier hospital que requiera lo mismo para ayudarles en mi tratamiento.

Firma de la paciente _____

Consentimiento informado para anticonceptivos hormonales

Autorizo y pido al Dr. _____ y/o a la enfermera practicante de planificación familiar _____ que me aconsejen sobre los anticonceptivos hormonales y me receten, según su mejor juicio, el anticonceptivo hormonal que más me conviene (píldora, parche, o anillo).

Las contraindicaciones de los anticonceptivos hormonales se enumeran abajo y se me han explicado completamente:

1. Tromboflebitis
2. Tumores cancerosos del seno o sistema reproductivo
3. Migrañas severas
4. Hipertensión (sobre 140/90)
5. Enfermedad del hígado que impide su función
6. Embarazo
7. Sangrado vaginal sin explicación

Se me han explicado completamente los siguientes efectos secundarios. Sé que debo ponerme en contacto con mi médico particular o el Centro de Salud Reproductiva de Knoxville si cualquiera de estas condiciones se manifiesta:

1. Pérdida parcial o completa de la vista
2. Migraña repentina
3. Calambres severos en las piernas
4. Dolores del pecho
5. Depresión

Entiendo que el FDA previene contra tomar anticonceptivos hormonales y fumar debido al aumento del riesgo de enfermedades vascular es y del corazón.

Tipo de anticonceptivo hormonal _____ Fuma _____
Aconsejada sobre los riesgos de fumar _____

Certifico que he leído y comprendido completamente este consentimiento para anticonceptivos hormonales, que las explicaciones a que se refiere se hicieron, y que todos los espacios en blanco o declaraciones que requieren información se llenaron.

Firma de la paciente _____ Fecha _____

Consentimiento Informado para la Administración de Cytotec

Autorizo al Dr. Morris Campbell y/o a sus asociados para que me administren dos tabletas de Cytotec, una entre la mejilla y la encía de cada lado de mi boca.

Entiendo que el propósito de esta medicina es ablandar el cuello uterino, haciendo la dilación del cuello uterino más fácil para el doctor y por lo consiguiente, más fácil para mí.

Entiendo que Cytotec puede provocar un aborto si se da a una mujer embarazada en cualquier momento de su embarazo. El aborto provocado por Cytotec por sí solo puede ser incompleto, lo cual puede causar sangrado peligroso, hospitalización, cirugía, infertilidad o la muerte de la madre o del feto.

Entiendo que una vez que me ponga el Cytotec en la boca, el procedimiento del aborto ha empezado y me he comprometido a seguir con el procedimiento del aborto, debido a los riesgos de tomar la medicina.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han contestado a satisfacción.

Firma de la paciente _____ Fecha _____

Testigo _____