

Información del Paciente/ Historial Médico

NOMBRE:

NOMBRE	APELLIDO	NOMBRE PREFERIDO
--------	----------	------------------

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ RAZA: _____ ESTADO MARITAL _____

DIRECCIÓN: _____

CALLE	CIUDAD	ESTADO	AREA POSTAL	CONDADO

TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____ EDUCACIÓN: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: _____
RELACIÓN CON LA PACIENTE _____

CICLO MENSTRUAL

Cual fué el PRIMER día de su ÚLTIMO periodo menstrual? _____

Por cuántos días generalmente sangra durante su regla? _____

HISTORIAL DE CONTROL DE NATALIDAD

[] Pastillas anticonceptivas [] Condones [] Depo-Provera/inyección [] Implante [] DIU(dispositivo intrauterino)
[] Parche [] Método de retiro [] Esponja [] Nuva Ring [] Diafragma [] otro _____

HISTORIAL DE EMBARAZO

Sin contar este embarazo, cuántas veces a estado embarazada? _____

# Partos Vaginales	# Cesareas	# Abortos	# Pérdidas naturales	# Ectópicos/En el tubo
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9
10	10	10	10	10
11	11	11	11	11
12	12	12	12	12
13	13	13	13	13
14	14	14	14	14
15	15	15	15	15
16	16	16	16	16
17	17	17	17	17
18	18	18	18	18
19	19	19	19	19
20	20	20	20	20
21	21	21	21	21
22	22	22	22	22
23	23	23	23	23
24	24	24	24	24
25	25	25	25	25
26	26	26	26	26
27	27	27	27	27
28	28	28	28	28
29	29	29	29	29
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37
38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
60	60	60	60	60
61	61	61	61	61
62	62	62	62	62
63	63	63	63	63
64	64	64	64	64
65	65	65	65	65
66	66	66	66	66
67	67	67	67	67
68	68	68	68	68
69	69	69	69	69
70	70	70	70	70
71	71	71	71	71
72	72	72	72	72
73	73	73	73	73
74	74	74	74	74
75	75	75	75	75
76	76	76	76	76
77	77	77	77	77
78	78	78	78	78
79	79	79	79	79
80	80	80	80	80
81	81	81	81	81
82	82	82	82	82
83	83	83	83	83
84	84	84	84	84
85	85	85	85	85
86	86	86	86	86
87	87	87</		

Complicaciones: _____

HISTORIAL GINECOLÓGICO

FECHA DEL ULTIMO PAPANICOLAOU (PAP): _____ NORMAL: Si _____ No _____

si NO explique por qué:

Quistes ováricos, Fibromas uterinos No__ Si__ explique Si: _____

Información médica general

	No	Yes	If yes, please list/explain
Reacción alérgica a algún medicamento?			
Toma medicinas?			
A sido hospitalizada antes?			
A tenido alguna cirugía?			
Algún otro problema médico?			
Fuma, toma alcohol o utiliza drogas?			

Información del Paciente/ Historial Médico

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

Historial Médico: Por favor, marque si usted tiene o ha tenido alguna de estas condiciones

- | | |
|---|--|
| ☐ Anemias | ☐ colesterol elevado |
| ☐ Asma, usas inhalador | ☐ SIDA o VIH positivo |
| ☐ Dolor de pecho o falta de aire | ☐ Pérdida de visión o vista borrosa |
| ☐ Infección de la vejiga o los riñones | ☐ LUPUS o enfermedades inmunológicas |
| ☐ Coágulos en las piernas or pulmones | ☐ Migrañas |
| ☐ Diabetes | ☐ Proceso pélvico inflamatorio |
| ☐ Depresión/tendencias suicidas | ☐ Desordenes emocionales o psiquiátricos |
| ☐ Desórdenes alimentacios | ☐ Enfermedades transmitidas sexualmente
(Clamidia, gonorrea, herpes, papiloma) |
| ☐ Epilepsia o convulsiones | ☐ Enfermedades de la tiroides |
| ☐ Enfermedades del corazón | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Hepatitis | ☐ Infecciones vaginales |
| ☐ Alta presión arterial | |

Algún otro problema médico? _____

Hace cuánto se enteró de este embarazo? _____

Que fué lo que primero pensó y sintió: _____

A compartido con alguien su decisión? Con quién? _____

La están apoyando en su decisión? ☐ Si ☐ No ☐ Un poco

Alguna otra preocupación acerca del aborto que quiera discutir ☐ No ☐ Yes _____

**Esta sección deberá completarse despues de hablar con alguien del personal
La siguiente información deberá ser discutida con la paciente**

- ☐ La paciente a considerado todas las opciones, adopción, continuar con el embarazo o terminar el embarazo
- ☐ La paciente ha hecho su propia idea, libre de coerción y expresa certeza en su decisión
- ☐ Entiende el proceso de un aborto médico (la píldora) con sus posibles riesgos y complicaciones
- ☐ Respondió preguntas acerca del proceso, uso de las medicinas, cuidados postoperatorios y chequeo
- ☐ Recibió instrucciones postoperativas incluyendo nombre y teléfono del hospital mas cercano al hogar de la paciente.

☐ Opciones para control de natalidad. La paciente escoge _____

He sido informada de lo anterior _____

Patient Signature

Discutí la información anterior con la paciente _____

Staff Signature

Notas: _____

Certificación de las 24 horas

Nombre: _____ Fecha _____

La siguiente información ha sido presentada por lo menos 24 horas antes del aborto por el médico a cargo:

- _____ Los riesgos médicos asociados con el procedimiento del aborto a seguir son:
 - _____ el riesgo de infección y hemorragia
 - _____ el potencial peligro a embarazos subsecuentes o de infertilidad
 - _____ la posibilidad de incrementar el riesgo de cáncer de seno.
(la Asociación Americana del Cáncer no está de acuerdo con esta posición)
- _____ La probable edad gestacional del feto en el momento que se realizó el aborto
- _____ Los riesgos médicos asociados con llevar un embarazo a término.

Firma del Doctor: _____

El Doctor o su representante me ha informado que:

- _____ existen beneficios de asistencia médica disponibles para cuidado prenatal, nacimiento y cuidados neo-natales
- _____ el padre es responsable por asistencia en la manutención del infante sin importar si ha ofrecido pagar por el aborto
- _____ agencias públicas y privadas ofrecen acceso a consejería y remisión médica para obtener medicinas o dispositivos para la prevención de embarazos no deseados
- _____ tengo el derecho de tener acceso a materiales creados por el Departamento de Salud de Texas titulado “El Derecho de la Mujer a Estar Informada” y el directorio de recursos que describe el desarrollo fetal y lista agencias que ofrecen alternativas al aborto y estos materiales me deben ser asequibles si electo verlos.
- _____ el folleto titulado “El Derecho de la Mujer a Estar Informada” y directorio de recursos, también están disponibles en el sitio web patrocinado por el Departamento de Salud de Texas.

Firma del Doctor o Representante _____

I made the following choice (**initial one**):

- _____ Rechazo el material de información
- _____ Opto por revisar el material de “El Derecho de la Mujer a Estar Informada” en el sitio web www.dshs.state.tx.us/wrtk
- _____ Solicité y recibí una copia escrita del folleto titulado “El Derecho de la Mujer a Estar Informada”

Firma del Paciente : _____ Fecha _____

Número Gratuito 1-888-973-0022. Tiene el derecho de tener acceso a cierta información concerniente a esta clínica usando este número. Si usted llama su identidad será anónima. Este número le puede dar la siguiente información:

- verificar si esta clínica de abortos tiene licencia del Departamento de Servicios de Salud del Estado;
- la fecha de la última inspección a esta clínica por el Departamento de Servicios de Salud del Estado y cualquier violación de la ley o reglas, descubiertas durante la inspección que puedan posar un riesgo para su salud
- cualquier multa, sanción o sentencia relevante emitida contra este centro o un médico que preste servicios en esta clínica.

Aborto y Elección de Ultrasonido

La información y materiales impresos descritos por secciones 171.012(a)(1)-(3), del Código de Salud y Seguridad de Texas me han sido proporcionados y explicados.

Ponga sus **iniciales** en cada línea

___ Entiendo la naturaleza y las consecuencias de un aborto.

___ La ley de Texas requiere un ultrasonido antes de realizar un aborto.

___ Entiendo que tengo la opción de ver las imágenes del ultrasonido.

___ Entiendo que tengo la opción de escuchar los latidos del corazón si es posible detectarlo.

___ Entiendo que estoy requerida por la ley a escuchar una explicación de las imágenes del ultrasonido a menos que pueda certificar por escrito al menos uno de lo siguientes:

___ Estoy embarazada como el resultado de un asalto sexual, incesto o cualquier otra violación del código penal de Texas que haya sido reportado a la ley o que no haya sido reportado por creer que al hacerlo me pondría en riesgo de represalias o daños físicos graves.

___ Soy una menor y estoy obteniendo un aborto de acuerdo a la ley de alternativa judicial, bajo el código 33 del código familiar de Texas.

___ Mi embarazo presenta una abnormalidad o condición médica irreversible, identificado por procedimientos de diagnostico confiables y ha sido documentado en mi cuadro médico.

___ Estoy tomando esta decisión por mi misma, sin ninguna coerción.

FIRMA

NOMBRE ESCRITO

FECHA

Para una mujer que vive 100 millas o mas de una clínica de abortos que tenga licencia bajo el Código 245 o un establecimiento médico que haga mas de 50 procedimientos de abortos en un periodo de solo 12-meses: Yo certifico que, por que vivo mas de 100 millas o mas del proveedor de procedimientos de aborto mas cercano que tenga licencia bajo el Código 245 o un establecimiento médico que haga mas de 50 procedimientos de abortos en un periodo de 12-meses, renuncio al requerimiento de tener que esperar 24 horas antes del procedimiento. Mi dirección actual es:

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

FIRMA

NOMBRE ESCRITO

FECHA

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN MEDICA PROTEGIDA

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta Información. Por favor revise cuidadosamente.

Houston Women's Reproductive Services se compromete a proteger la privacidad de sus registros médicos y a la confidencialidad de su visita. Sus registros médicos no serán compartidos con nadie fuera de este establecimiento médico sin su permiso por escrito, a menos que sea requerido por la ley.

Utilizaremos su información solo para los siguientes fines:

1. **Tratamiento**-para determinar su cuidado y tratamiento.
2. **Pago**-si se utiliza su seguro médico la información necesaria para el cobro.
3. **Operaciones de salud regulares**-los miembros del personal pueden revisar sus registros como parte de nuestro seguro de calidad.
4. **Socios comerciales**: si se utiliza un servicio de facturación/cobro/financiación
El estado de Texas requiere la notificación de información estadística sobre abortos, incluyendo edad, raza, estado civil y la ciudad de residencia.

NO proveeremos su nombre, dirección o cualquier información que la pueda identificar.

Divulgación de información requerida por la ley:

1. **Administración de alimentos y medicamentos (FDA)**-si hubo un retiro de medicinas/producto o defecto.
2. **Salud pública**-podemos divulgar su información de salud, a las autoridades de salud pública encargadas de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
3. **Orden público**-podemos divulgar información de salud en respuesta a una citación válida.

DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SU SALUD

Su expediente de salud es la propiedad física de la clínica, pero la información le pertenece y usted tiene derecho a:

1. Solicitar una restricción a ciertos usos y divulgaciones de su información.
2. Obtener una copia del aviso de prácticas de información (este documento).
3. Inspeccionar una copia de sus registros de salud.
4. Modificar su expediente médico según lo dispuesto en 45 CFR 164,528
5. Obtener un récord de la divulgación de su información médica.

NUESTRA RESPONSABILIDAD

1. Mantener la privacidad de su información.
2. Proporcionarle un aviso que explique nuestras prácticas de privacidad.
3. Acatar los términos de este aviso.
4. Notificarle si no podemos aceptar una restricción que usted solicita.
5. Acomodar las peticiones razonables que pueda tener para comunicar la información de salud por medios alternativos o ubicaciones.

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas y hacer nuevas provisiones.

PARA MÁS INFORMACIÓN O PARA REPORTAR UN PROBLEMA

Comuníquese con nuestro oficial de privacidad en la oficina. Las quejas también pueden presentarse ante el Departamento de salud de los Estados Unidos y la oficina de servicios humanos de derechos civiles, 200 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20201, o llamando a 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/HIPAA/complaints/.

Permiso del Uso y Divulgación de Información Para Tratamiento, Pago o Cuidado de la Salud

Entiendo que, como parte de mi atención médica, este establecimiento crea y mantiene registros de que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de exámenes, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para la atención futura o tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

- base para planear mi cuidado y tratamiento
- medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura
- información a un tercer pagador (seguro) para verificar que los servicios facturados fueron realmente proporcionados
- herramienta para operaciones de atención médica rutinarias como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud

Entiendo y he leído una copia de aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de usos y divulgaciones de información. Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este permiso. Entiendo que este establecimiento médico puede cambiar su aviso y práctica y puedo solicitar una copia de cualquier notificación revisada. Entiendo que puedo restringir cómo se puede usar mi información de salud. Entiendo que me puede revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nuestros pacientes tienen el derecho a:

1. Tomar sus propias decisiones y tener auto determinación.
2. Privacidad y confidencialidad de sus elecciones y decisiones.
3. Permiso voluntario e informado según se define en el código de salud y seguridad (HSC) 171,012 sin pagar una tarifa por los materiales informativos.
4. Tener privacidad para discutir la información médica y hacer preguntas.
5. Ver su propio expediente médico, incluyendo el sonograma, si se ha realizado uno, en cualquier momento como previsto por la ley.
6. Acceso a la atención y al tratamiento consistentes con los recursos disponibles y las normas generalmente aceptadas independientemente de la raza, credo y origen nacional.
7. Hacer preguntas después de dar su permiso y retirar el mismo, sin dejar de ser médicamente seguro para hacerlo.
8. Vivir libre de abuso, negligencia o explotación como tales términos se definen en 1,204 de este Título (relativos a Abuso, negligencia o explotación definida)
9. Revisar los materiales informativos del Departamento tal como se describe en HSC 171,014 y 171,015.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Siguiente página →