



Clinic For Women
3607 West 16th Street Suite B-2
Indianapolis, IN 46222
317-955-2641

Espanol

Chart # _____ Date _____

Pt. Name _____ Age _____ DOB _____

Address _____ City _____ ST _____ ZIP _____

Home Phone () _____ Work Phone () _____

Place of Employment

Work Address _____ City _____ ST _____ ZIP _____

Health Insurance Company _____

Policy # _____ Group # _____ SSN _____

In Case of Emergency, Contact _____ Relationship _____

Address _____ City _____ ST _____ ZIP _____

Home Phone () _____ Work () _____

Does your emergency contact know about the reason for your visit? Yes _____ No _____

CLINIC FOR WOMEN - HISTORIA MEDICA (EN ESPANOL)

PT#	Fecha	Edad	Nacimiento		
El nombre		Soltera	Casado	Divorciada	Viuda
Telefono en casa		Telefono	donde trabaja:		Alergias a
medicinas? Si o Y Enumerelas					
Las medicinas que toma actualmente?					

Fuma Ud.? Si o NO inibre Soltera Casado Divorciada Viuda
 Fuma Ud.? Sfo No Cuanto? ___pk/al dTa Cuantos aftos? ___ Yo deja La fecha_
 Bebe Ud. alcohol? sf o No. Cuantas bebidas a la semana? ___
 Ha usado jamas las drogas de IV, cocaine o marijuana? Sfo No Si sC Cual droga? ___ Ha sufrido el
 abuso flsico, sexual o emocional? Si o No LHay alguien quien sepa de esto? ___ Ha tenido jamas la
 cirugla? Sf o No LQue tipo? ___ el nombre de su doctor privado?

La Historia Gynecological

Primer dla de su ultimo periodo? ___ Cuantas veces ha estado Ud. embarazada antes de esta
 Fue: normal corto irregular largo denso vez? ___
 Es su menstruacion generalmente: denso normal ligero # de nacimientos vivos # de C-Sections ___
 Son sus calambres: ligeros mode/adodos severos # de abortos ___ # de embarazo" ectopic" ___
 Por cuanto ocurre su menstruacion? cada ___ dlas # de abortos naturales ___
 Por cuantos dfas duran sus periodos ? ___ Su tipo de sangre: positivo , negative ___
 Que tipo de anticonceptivo usaba cuando Diganos de cualquier problema con sus
 embarazo? ___ embarazos ___
 Que anticonceptivo quiere Ud. hoy? ___
 Ha usado este metodo en el pasado? ___ -

La fecha de su ultimo examen medico? ___ Fecha de ultima prueba de pap? ___. Era normal? Si o No

Janrias ha tenido cualquiera del siguiente? (Circule la respuesta correcta.)

"Pap Smear" abnormal	Sfo No	"Gonorrhea o Chlamydia"	Sfo No
PID o "Pelvic Inflammatory Disease"	Sfo No'	"Venereal warts or Herpes"	Sfo No
Transfusiones de sangre	Sfo No	Coagulos de sangre en las piernas	
Problemas del corazon	Sfo No	o en los pulmones	Sfo No
"Mitral Valve Prolapse"	Sfo No	Enfermedad seria	Sfo No
Problemas con anticonceptivos	Sfo No	Cirugfa seria	Sfo No

Por favor, explique todos los "Si"

y cuando ocurrieron_	jier miembro su familia cualquiera del siguiente? (Note solo si la respuesta es Sf)		
	Sfmisma	Madre	Padre
Enfermedades o ataque de corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presion alta de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre "Rheumatic"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coagulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Varicos veins"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se desmaya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Epilepsy",convulciones/ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores migraTias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un golpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de"adrenar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es Ud. anaemic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Sickle Cell Anemia"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas:			

Entiendo la importancia de dar informacdn correcta en cuanto a mi historia medica. Pueden resultar complicacies si me eaiivoco con la informacion.

Clinic For Women
Surgery Record

Pt. Name _____ Chart # _____

Age _____ Date _____

Counselor Records Counselor _____ Time In _____ am/pm

LMP _____ Weeks/Days _____ w/ _____ d

(circle one) SMOKER NON-SMOKER

Notes:

Procedure questions/discussion _____

Aftercare questions/discussion _____

Contraceptive request/discussion _____

RH type _____ Immune Globulin refusal? N Y Consent signed? N Y Time Out _____ am/pm

Ultrasound: _____ w/ _____ d Cytotec refusal? N Y Time given: _____ am/pm Hct: _____

Nursing Records _____

Oral Sedation

Valium 5mg/10mg Motrin 800ng Time given: _____ am/pm Staff Signature _____

Physician Records

Examination: Uterine Position: Antiverted _____ Retroverted/flexed _____ Mid _____

Gestational Size _____ wks LMP Adnexa: Normal _____ Abnormal _____

Procedure: Anesthesia: Lidocaine 1% _____ Sodium Bicarbonate 8.4% _____

Application: Paracervical _____ Intracervical _____ Other _____

Dilation & Suction Curettage _____ Sharp Curette _____ Other _____

Curette/cannula size _____ mm Time Completed _____ am/pm

Physician Orders: _____

_____ Physician Signature _____

Tissue: _____ gm gross weight Chorionic Villi Y N Fetal Parts Y N FFM _____ mm

Ectopic Watch Begun Y N Unusual Findings _____

Staff Signature _____ Physician's Initials _____

Ultrasound Records

BPD _____ mm _____ weeks/days CRL _____ mm _____ weeks/days

Referral for 2nd trimester abortion: _____

Other referral: _____

Ultrasonographer's Signature _____

El consentimiento del paciente para la terminación del embarazo

(No firme a menos que Ud. entienda completamente el siguiente)

1. Yo, _____ tengo _____ años de edad. Solicito que un aborto, que es un procedimiento quirúrgico para terminar mi embarazo, sea realizado por _____ (el nombre del doctor quien tiene contrato con The Clinic for Women).

Las instrucciones: Por favor, ponga sus iniciales en cada parentesis si Ud. entiende y si Ud. esta de acuerdo.

() 2. Yo me he hecho esta decision a tener un aborto porque yo no quiero dar la luz a un bebe en este tiempo. Se que hay la eleccion de dar la luz o la adopcion, pero el aborto es mi eleccion personal. Nadie me fuerza escoger el aborto; es mi decision sola.

() 3. He dado toda mi historia medica. Esta historia incluye las alergias, las condiciones de sangre, las medicinas y drogas tomadas en el pasado. Tambien incluye alguna reaccion adversa a la anestesia, a las medicinas o a las drogas. Entiendo que una revelation completa de mi historia medica es importante para que se aminoren los riesgos de las complicaciones que pueden ocurrir con un aborto. Entiendo que el medico confia en que sea completa mi informacion.

() 4. El primer dfa de mi ultimo periodo normal era el _____, de 200___. He explicado cualquier característica excepcional de este periodo en la historia medica. Yo me doy cuenta de que esta informacion es importante en determinar la duration de mi embarazo. Y se' que la decision del medico a proceder con el aborto se basa de esta informacion asi como informacion del cualquier examen ultrasound.

() 5. Consiento a una anestesia local o medicina para el dolor menos _____ porque la tengo alergia. Entiendo que una anestesia local no elimina todo el dolor. Tambien entiendo que en numero pequeño de casos que la paciente podria tener una reaccion severa a una anestesia local incluyendo un golpe a aun la muerte.

() 6. Consiento que el medico toma los cultivos y que hace las pruebas que se crea ser necesarias. Doy mi permiso que la clinica se deshace del foetus o del tejido como la ley de Indiana mande.

() 7. Entiendo que hay riesgos de complicaciones menores y mayores que pueden ocurrir. No se me ha hecho ninguna garantia. Estas complicaciones pueden incluir, pero no son limitadas a, la perforation del utero, la hemorragia, y la infection. Cualquier complicación puede requerir la cirugía que resulte en un hysterectomy o la esterilidad, o aun la muerte. Yo entiendo que los gastos medicos que resulten de tales complicaciones pueden ser los mios. Tambien me doy cuenta de que complicaciones pueden ser causadas por otras condiciones medicas no relacionadas al aborto; o por mi fracaso de seguir el aviso me'dico de esta clinica (Clinic for Women); o por el cuidado de un medico fuera de esta clinica (CFW).

/.

() 8. Si requiero hospitalizacion o tratamiento medico por un medico no afiliado con CFW para cualquier razon relacionada a este aborto, yo le doy permiso a esta clinica que libere todos mis registros medicos asociados con tal cuidado. Yo entiendo que estoy dando permiso antes de ser necesitado.

() 9. Le doy permiso al medico que haga lo que piense lo necesario durante el aborto. Confio en que el medico va a usar el juicio profesional. Unos ejemplos del tratamiento adicional puede ser la administracion de liquidos de IV, el uso de ultrasound durante el aborto, la reparation de una rasgada del cuello del utero o del utero sf mismo.

() 10. Entiendo completamente que no hay ninguna garantia que este aborto terminara mi embarazo. Por eso, es imperative que tengo un examen medico para asegurar que ya no mas estoy embarazada y que no hay mas problemas medicas. Tendre este examen entre de 2 o 3 semanas despues del aborto.

() 11. He tenido la oportunidad completa de hacer preguntas acerca de mi aborto, los riesgos y las alternativas. Estoy satisfecha con las respuestas. Si tengo mas preguntas antes de salir de la clinica, los empleados de la clinica me daran las respuestas. Entiendo que tengo la responsabilidad de informarle a la clinica si haya problemas medicos despues de irme. Estos problemas pueden incluir la fiebre, sangrear profundamente, dolor fuerte, supuracion abnormal o maloliente, o la falta de la menstruacion normal dentro de seis semanas del procedimiento. Me doy cuenta de que si problemas se presentan, tengo que conseguir tratamiento medico inmediatamente para evitar problemas mayores. Yo se que puedo llamar a la clinica a cualquier hora porque se contesta el telefono 24 horas al dia.

() 12. Entiendo que puedo tener sentimientos de tristeza/ lamenta o estar deprimida despues de un aborto. Los empleados de la clinica me han dicho que el plan mejor para evitar la angustfa o el dolor emocional despues del aborto es la accion de resolver mis sentimientos antes del aborto. He tenido la oportunidad de discutir mis sentimientos de este aborto y estoy comoda con mi decision. *For favor, antes de proceder con este aborto me gustarfa tener la oportunidad de hablar mas de mis sentimientos y mi decision. Hay que circular uno: Sf o No.*

() 13. Soy un menor y por no notificar a mis padres, he participado en el "Judicial Bypass". En caso de una emergencia o una complicacion que requiera que me vaya al hospital, yo se que sea necesario que se obtenga el consentimiento de mi padre o de mi guardian legal.

() 14. Si he tenido un interes en un metodo de anticonceptivo, los metodos me han sido explicados y voy a usar:

Si he escojido las pastillas anticonceptivas, Se que los efectos secundarios pueden incluir los dolores severos de la cabeza, los calambres de las piernas, la vision borrosa, el coagulo del sangrejos dolores del pecho y el golpe. Me acuerdo de avisar a CFW o mfpropio medico si tenga uno de estos efectos secundarios.

() 15. Yo entiendo que los problemas series o graves despues de un aborto son raros y normalmente se posible resolverios en la clinica sin mas gastos adicionales. Si voy a una sala de urgencia o a un medico no empleado por la clinica, se que CFW no tiene la responsibilidad para los gastos ni el tratamiento que resulte.

Certifico que he leído, o alguien me ha leído, este papel de consentimiento y lo entiendo completamente y estoy de acuerdo con ello.

No firme hasta que ud. haya leído y entendido completamente lo de arriba.

El padre _____ ' La firma de paciente _____

El testigo _____ La fecha _____

Certifico que he explicado o he traducido lo de arriba.

La firma _____ La relacion al paciente _____

La fecha _____

Doy el permiso para la emision de mis registros medicos a: Nombre

de medico _____

La farmacia _____

Como se siente usted?

Usted estara hablando con una consejera durante su visita. Por favor conteste estas preguntas para que le ayudemos con lo que le sea muy importante a usted.

1. Ha considerado Ud. posibilidades o elecciones en vez del aborto?

2. Era facil or dificil su decicion? _____

3. Es la decisidn de tener un aborto solo la suya? _____

4. Sabe el hombre con quien esta liado de su decicion ? _____

Sostiene el su decision? _____

5. Cuales son sus pensamientos de terminar este embarazo?

6. Por favor, cfrcule las palabras que describen como se siente Ud.

feliz triste enojada confundida culpable espantada
insegurada avergonzada nerviosa aliviada

7. Por favor, indique los cuales de esta lista le preocupe hoy:

_____ No se si he hecho la decision correcta.

_____ Yo creo que el aborto es pecado.

_____ En realidad no quiero un aborto.

_____ Me gustarfa saber si el fetus se sienta el dolor.

_____ Me gustaria saber si la operation va a estar muy dolorosa.

_____ Creo que he perdido respeto para mf misma.

_____ Quiero saber si los abortos son seguros.

_____ Quiero saber si tendre la capacidad de tener a los ninos en el futuro