

OLD PUEBLO FAMILY PLANNING  
FORMA DE ADMISIÓN

**COMPLETE ESTA FORMA PRIMERO Y ENTREGELA**

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Número de Telefono: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_(1) Casada \_\_\_\_\_(2) Soltera \_\_\_\_\_(3) Viuda  
\_\_\_\_\_ (4) Otro \_\_\_\_\_(6) Separada

Fecha de Nacimiento: Mes: \_\_\_\_\_/Dia \_\_\_\_\_/Año \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Numero de seguro social: \_\_\_\_\_

Referida Por: \_\_\_\_\_

Posicion de empleo: \_\_\_\_\_(1) Completo \_\_\_\_\_(2) Medio tiempo \_\_\_\_\_(3) Jubilado  
\_\_\_\_\_ (4) Desempleada \_\_\_\_\_(5) Estudiante completo

Donde trabaja: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Número del trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia:

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Número de Telefono: \_\_\_\_\_ Número del trabajo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: Mes \_\_\_\_\_/Dia \_\_\_\_\_/Año \_\_\_\_\_

- Usted será cargada por cualquier servicio que usted reciba hoy. Hay un cargo de \$25.00 por cualquier copia médica de registro. Permita 2 semanas para copias de registros médicos. No hay ningún cargo para telecopiar ni enviar los registros médicos a otro médico's.



## ANTECEDENTES MÉDICOS

<b>Hospitalizaciones</b>	Sí / No (encierre en un círculo)
Si respondió sí, ¿qué mes y año?	(Mes / Año)
Si respondió sí, dé la razón por la hospitalización	
¿Cirugías previas?	Sí / No (encierre en un círculo)
Si respondió sí, ¿qué tipo y en qué año?	
¿Transfusiones de sangre previas?	Sí / No (encierre en un círculo)
Si respondió sí, ¿por que razón, y en qué mes y año?	
¿Es Ud. alérgica a algún medicamento?	Sí / No (encierre en un círculo)
Si respondió sí, dé el nombre del medicamento y qué tipo de reacción tuvo.	
¿Alguna reacción a la Anestesia, Novocaina ó Yodo?	Sí / No. (encierre en un círculo)
Si respondió sí, dé el nombre del medicamento y qué tipo de reacción tuvo.	
¿Está tomando algún medicamento actualmente?	Sí / No. (encierre en un círculo)
Si respondió sí, dé el nombre del medicamento que está tomando actualmente?	
¿Ha sido Ud. ó su pareja diagnosticados con el HIV?	Sí / No. (encierre en un círculo)
¿ Fuma?	Sí / No. (encierre en un círculo)

**Señale (v) lo que le corresponda (ó ha sido diagnosticado por un Médico)**

- \* Antecedentes de Asma \_\_\_\_\_
- \* Tendencia a sangrar \_\_\_\_\_
- \* Abseso ó Tumor en el seno \_\_\_\_\_
- \* Coágulos en las piernas \_\_\_\_\_
- \* Diabetes \_\_\_\_\_
- \* Ataques Epilépticos \_\_\_\_\_
- \* Enfermedades del Corazón \_\_\_\_\_
- \* Gonorrea / Sífilis \_\_\_\_\_ Mes / Año \_\_\_\_\_
- \* Presión Alta \_\_\_\_\_
- \* Infección en el riñon \_\_\_\_\_
- \* Infección en la vejiga \_\_\_\_\_
- \* Migrañas \_\_\_\_\_
- \* Enfermedades siquiátricas \_\_\_\_\_
- \* Fiebre reumática \_\_\_\_\_
- \* Anemia de células falciformes \_\_\_\_\_
- \* Prolapso de la válvula mitral \_\_\_\_\_
- \* Infección en el pélvis? \_\_\_\_\_ Mes / Año \_\_\_\_\_
- \* Epatitis \_\_\_\_\_ Mes / Año \_\_\_\_\_

Detalles de algún caso que haya ocurrido ó  
vuelto a suceder.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**De acuerdo a mi conocimiento la información previa que he dado es total y exacta.**

**Firma de la paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

OLD PUEBLO FAMILY PLANNING  
5240 East Knight Drive, Suite #112, Tucson, AZ 85712  
Phone: (520) 323-9682  
WWW.OLDPUEBLOFAMILYPLANNING.COM

SOLICITUD PARA ABORTAR DURANTE EL PRIMER OR SEGUNDO TRIMESTRE  
(REQUEST FOR A FIRST OR SECOND TRIMESTER ABORTION)

Nombre de la Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Antes de dar su consentimiento, asegúrese de entender la información que se le ha dado. Si tiene alguna pregunta, conforme lea ésta solicitud con mucho gusto discutiremos sus preguntas. Recuerde que su consentimiento es totalmente voluntario. Puede solicitar una copia de ésta solicitud.

Señale con sus iniciales después de cada declaración para indicar que ha leído, ha entendido, y está de acuerdo con dichas declaraciones.

INICIALES

1. Entiendo que las tres opciones con respecto a éste embarazo son: maternidad, adopción, y aborto. Las otras alternativas en cuanto a el aborto incluyen una recomendación para un aborto bajo anestesia general ó un aborto en un hospital, ya sea hoy ó después en el transcurso de mi embarazo. \_\_\_\_\_
2. Entiendo que es mi responsabilidad financiera para cubrir los servicios médicos urgentes y que no son facilitados por el Old Pueblo Family Planning. No obstante, si se me asigna a un hospital por alguna complicación será mi responsabilidad de cubrir el pago de las cuotas necesarias, y que NO es responsabilidad de Old Pueblo Family Planning. El hospital en el cual Old Pueblo admita: ( University Medical Center (UMC) Centro Médico de la Universidad. \_\_\_\_\_
3. Aunque tengo \_\_\_\_\_ semanas pasadas sin menstruar después de mi última menstruación se me hizo un exámen para confirmar mi embarazo por medio de un análisis de orina y el resultado fué positivo, entiendo que es posible que los exámenes del embarazo no sean exactos. Estoy enterada que el médico usará su mejor criterio para diagnosticar el embarazo, pero existe una pequeña posibilidad de llevar a cabo éste procedimiento aún en la ausencia de un embarazo. \_\_\_\_\_
4. Entiendo que los riesgos de un aborto en la primera etapa del embarazo son menores que los de un parto, pero que aún con el mayor cuidado antes, durante y después de un aborto, hay posibilidades de tener complicaciones \_\_\_\_\_

Lista de graves complicaciones:

INICIALES

5. Entiendo que hay una probabilidad de 1 en 100 de contraer una infección en el útero después del aborto. Aunque éste problema se trata rutinariamente con antibiótico, hay una pequeña posibilidad que se necesite repetir una absorción, dilatación y un legrado uterino,(D&C), hospitalización, y aún cirugía.

---

6. Entiendo que aproximadamente 1 en 100 casos, se puede dejar tejido dentro del útero, ocasionando un aborto "Incompleto". Este problema puede causar un sangrado excesivo, infección, ó ambas. Si ocurre ésta complicación, puedo necesitar una segunda absorción, una dilatación, un legrado uterino, otros exámenes ó tratamientos en un hospital ó clínica.

---

7. Entiendo que existe la probabilidad de 1 en 500, de la posibilidad que el útero sea perforado (un instrumento puede pasar por la pared del útero y dañar órganos internos como los intestinos, vejiga, ó vasos capilares). El tratamiento puede consistir de observación por medio de la laparoscopia ó cirugía abdominal. La probabilidad de una histerectomía (remover el útero) las posibilidades en ésta situación son menos de 1 en 10,000 abortos.

---

Entiendo que los otros riesgos incluyen:

8. Reacciones alérgicas que pueden ser causadas por un anestético local, ó el uso de algún otro medicamento. Todos los medicamentos, fármacos adquiridos en la calle incluyendo drogas ilícitas, pueden causar reacciones graves cuando se usan solas ó durante la anestesia. Es muy importante que el día del aborto use únicamente los medicamentos necesarios y evite el alcohol (licor) u otros fármacos que no necesitan recetas. Además debe de informar a los médicos clínicos.

---

9. Hemorragias (sangrar profusamente) que requieren medicamentos, repetir la absorción, dilatación y legrado uterino, ó raramente una cirugía incluyendo una posible histerectomía. Una hemorragia grave lo suficiente para requerir una transfusión ocurre menos de 1 en 1000 casos.

---

10. Cúagulos en el útero los cuales pueden causar cólicos muy fuertes y dolores abdominales. El riesgo es aproximadamente de 1 en 100 casos y se trata repitiendo la absorción

---

11. Los riesgos de rasgaduras en el cervix son menos de 1 en 100, las cuales se pueden tratar con medicamentos y raramente requieren puntadas en el cervix. \_\_\_\_\_
12. En caso que falle finalizar el embarazo lo cual ocurre 1 en 500 casos y que puede deberse a un útero dividido, una gestación en la primer etapa u otros casos. Cuando ésto sucede se recomienda otra absorción. Un embarazo extrauterino no se extermina por medio de un aborto y puede requerir una cirugía abdominal para remover lo \_\_\_\_\_
13. Reacción Emocional: Raramente se presentan reacciones emocionales después del aborto. No son comunes los problemas emocionales después de un aborto y cuando suceden desaparecen luego. La mayoría de las mujeres informan sentir una sensación de alivio, aunque algunas experimentan depresión ó culpabilidad. \_\_\_\_\_
14. Después de un aborto aparecen menos frecuentes serias perturbaciones siquiátricas que después de un parto. \_\_\_\_\_
15. Impresion de embarazos furturos, es improbable con abortos tempranos sencillos \_\_\_\_\_
16. La muerte que ocurre menos de 1 en 100,000 abortos. El riesgo de muerte debe compararse con el mismo riesgo de muerte que se corre durante un embarazo completo y un parto, el cual es 7 veces mas riesgozo que el de un aborto durante la primera etapa. \_\_\_\_\_
17. Entiendo que Misoprostil es una droga utilizada en los EE.UU. de prevenir irritación o úlceras en el estómago de personas que utilizan aspirina o medicinas como aspirina. \_\_\_\_\_
18. Entiendo que Misoprostil tiene el efecto agregado de ablandar el cervix o la boca del útero, haciendo lo más fácil de abrir antes de un aborto. \_\_\_\_\_
19. Entiendo que Misoprostil se puede utilizar en la combinación con dilators cervical para terminar mi embarazo. \_\_\_\_\_
20. Entiendo que tomando Misoprostil, yo trato deliberadamente terminar mi embarazo. \_\_\_\_\_
21. Aunque Misoprostil sea seguro y efectivo, no ha sido aprobado por el FDA para este propósito. \_\_\_\_\_
22. Entiendo que un dilatador osmótico es un dispositivo que se utiliza para ensanchar lentamente el cuello del útero. Se usa para agrandar el canal cervical lo suficiente como para permitir el uso de los instrumentos necesarios para efectuar un aborto en una forma segura. \_\_\_\_\_
23. Entiendo que un dilatador osmótico puede ser necesario para iniciar el procedimiento de aborto. \_\_\_\_\_

24. Entiendo que la introducción de un dilator osmótico es el principio del procedimiento del aborto, y por eso, yo debo quedarme en la oficina de Old Pueblo Family o regresar en el concordado sobre el tiempo o que pueda ser quitado y el aborto realizado. Entiendo que una infección grave puede desarrollar si el dilator osmótico no se quita a la hora. \_\_\_\_\_
25. Entiendo que si cambio de parecer, y decido no abortar, el dilatador osmótico se debe retirar en la clínica. Si se retira el dilatador y se permite que continúe el embarazo, hay una posibilidad de hemorragia, infección ó aborto espontáneo. \_\_\_\_\_
26. Entiendo que la mayoría de las mujeres que reciben un dilatador osmótico experimentarán cólicos en el útero similares a los del período menstrual. Se me ha ofrecido medicamento (un calmante) para aliviar los cólicos. \_\_\_\_\_
27. Entiendo que una vez se inserte el dilatador osmótico, y si se presenta hemorragia vaginal, deberé comunicarme inmediatamente. Se me ha aconsejado que si una pieza de gasa, ó un dilatador llegaran a salirse de mi vagina, yo debo notificar a Old Pueblo Family Planning el día de mi cirugía. \_\_\_\_\_
28. He leído la información mencionada anteriormente y solicito que un dilatador osmótico se me inserte para empezar el procedimiento del aborto, si es necesario. \_\_\_\_\_
29. Se me han explicado en el formulario de consentimiento las complicaciones graves, y entiendo lo que significan. No se me han dado garantías de los resultados que pueda obtener con éste procedimiento, y estoy consiente, basada en la hoja de información y las explicaciones que he recibido, de los posibles riesgos, y de las posibles complicaciones de un aborto. \_\_\_\_\_
30. He recibido de Old Pueblo Family Planning un folleto que contiene información detallada sobre la naturaleza y el propósito de un aborto, los riesgos que presenta y la posibilidad de complicaciones. He leído el folleto, entiendo su contenido y he recibido respuestas a todas mis preguntas. \_\_\_\_\_
31. He proporcionado a Old Pueblo un número de teléfono y una dirección correcta dónde pueden localizarme, en el entendido de que Old Pueblo Family Planning respetará mi privacidad. \_\_\_\_\_
32. Entiendo que si hacen pruebas para detectar enfermedades venéreas la ley exige que se informe acerca de los resultados positivos al departamento de Salubridad Pública \_\_\_\_\_

33. Por medio de la presente solicito que un médico autorizado por Old Pueblo Family Planning realice un aborto con anestesia de bloqueo paracervical (anestésico local que adormece el cuello del útero).

\_\_\_\_\_

34. También doy mi consentimiento para que se me realice un examen de ultrasonido para determinar el número exacto de semanas del embarazo.

\_\_\_\_\_

35. En caso de que se presente una complicación inesperada durante el aborto, solicito al médico que proteja mi salud y bienestar y lo autorizó a que haga todo lo que estime necesario para eso.

\_\_\_\_\_

36. Por medio de la presente doy mi autorización a los empleados de Old Pueblo Family Planning y otras personas autorizados para usar mi expediente médico para fines estadísticos con el entendido que se mantendrá confidencialmente

\_\_\_\_\_

37. Por medio de la presente doy autorización a una persona autorizada (enfermera titulada, enfermera práctica con licencia, ó un médico ) de comunicarse conmigo por teléfono 24 horas después del procedimiento para saber como me encuentro. Usted puede rehuasar ésta llamada telefónica si así lo desea. Si Usted rehusa favor de anotar rehuso en la columna con sus iniciales. Debe de escribir rehuso si Usted no desea recibir las siguientes llamadas telefónicas, llamaremos si su respuesta no está documentada.

\_\_\_\_\_

38. Entiendo que el hospital que Old Pueblo Family Planning admita es: University Medical Center (UMC) y yo soy responsable por cualquier gasto médico adicional que puedan surgir en una situación de emergencia. Entiendo que si yo siento que es una emergencia, necesito comunicarme con la persona en turno antes de ir a la sala de emergencia y entender ampliamente que yo soy responsable por cualquier gastos médicos extras que se puedan presentar. También entiendo que si tengo aseguranza médica, y me encuentro en una situación de emergencia, debo de ir al hospital que me corresponde para poder recibir cobertura médica

\_\_\_\_\_

Firma de la Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Yo atestigo el hecho que la paciente recibió la información mencionada anteriormente y haber dicho que ha leído y entendido por igual.

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SOLICITUD PARA SEDACIÓN INTRAVENOSA (IV)**

**INICIALES**

- 39. Esta es una solicitud para una sedación intravenosa. Favor de leer, señalar con sus iniciales y firmar lo siguiente: \_\_\_\_\_
- 40. He leído la hoja de datos sobre sedación intravenosa y he recibido la explicación correspondiente. Entiendo que cada tipo de sedación presenta ciertos riesgos y posibles complicaciones. Estas incluyen, pero no necesariamente limitadas a: reacciones alérgicas, lesiones ó insuficiencia del corazón, los pulmones, el hígado, los riñones ó el cerebro; flebitis (infección de las venas); la muerte \_\_\_\_\_
- 41. Entiendo que la sedación intravenosa puede cambiar (pasar) a una sedación profunda y la pérdida del conocimiento debido a ciertos medicametos ó sedantes adminitrados, así como mi propia condición física y mi propia sensibilidad ó uso a medicamentos ó sedantes. \_\_\_\_\_
- 42. Durante las últimas 24 horas no he tomado ningún medicamento recetado por médicos que puedan provocar somnolencia, ni drogas que se vendan en la calle, ni alcohol. \_\_\_\_\_
- 43. Entiendo que después del sedante recibido el día de hoy, no debo beber alcohol, conducir, ni operar máquinas peligrosas, ni tomar decisiones importantes durante veinticuatro (24) horas. Alguien me está esperando en la sala de espera de la oficina y permanecerá aquí todo el tiempo que yo esté aquí. Sí quiero recibir un sedante, y sí mi conducto para llevarme a casa no permanece en la oficina, no podré recibir ningún sedante y tendré que volver a programar otra cita para una consulta en otra fecha \_\_\_\_\_
- 44. Se me han respondido todas mis preguntas. Solicito que se me proporcione un sedante intravenoso. \_\_\_\_\_

Firma de la Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SOLICITUD PARA UNA RECETA GRATIS DE UN CICLO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES (PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS)**

**INICIALES**

- 45. Solicito una receta de un ciclo de anticonceptivos orales con el entendido que no recibiré otra receta hasta que regrese a mi visita de seguimiento \_\_\_\_\_
- 46. He recibido de Old Pueblo Family Planning un folleto con información acerca de los varios tipos de métodos anticonceptivos, los riesgos y los beneficios reconocidos por los médicos. He leído y entendido la información. Se me han contestado mis preguntas satisfactoriamente, y he decidido hoy solicitar un paquete de pastillas anticonceptivas \_\_\_\_\_
- 47. Entiendo los beneficios, riesgos y los efectos secundarios de la Pastilla. Se me ha informado de las señales de alerta y estoy de acuerdo de llamar a Old Pueblo Family Planning si llegara a ocurrir. \_\_\_\_\_

Firma de la Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# OLD PUEBLO FAMILY PLANNING

5240 East Knight Drive Suite #112, Tucson, AZ.85712

PHONE: (520) 323-9682

## Consentimiento para el Uso y para Revelar Historial Médico para Tratamiento, Pago y Otros Procedimientos para la Asistencia de Salud

Entiendo que como parte del cuidado de mi salud, esta organización se informa y conserva expedientes describiendo mi historial médico, síntomas, exámenes y sus resultados, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para un futuro tratamiento médico. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento.
- Un medio de comunicación entre todo el personal médico y profesionistas que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de información sobre mi diagnóstico ó información quirúrgica utilizada para aplicarla a mi cuenta ó factura.
- Un medio por el cual un tercer pagador puede verificar que los servicios médicos cobrados fueron efectivamente prestados.
- Una herramienta para valorar la calidad de los procedimientos médicos rutinarios y para revisar la capacidad del personal médico.

Entiendo y se me ha notificado con un Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy) que contiene una descripción más amplia sobre la información, sus usos y revelaciones. Entiendo que tengo el derecho de repasar (ver de nuevo) dicho aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización conserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y que puedo solicitar una copia de cualquier información corregida para ser enviada al domicilio que he proporcionado. Entiendo que tengo el derecho de objetar (oponerme) al uso de mi historial médico con el propósito de usarlas como guías ó listas. Entiendo que tengo el derecho de solicitar limitaciones de cómo mis expedientes médicos puedan ser utilizados ó dados a conocer para llevar a cabo el tratamiento, pago ó procedimientos médicos y que la organización no tiene que aceptar las limitaciones que he solicitado.. Entiendo que puedo revocar éste consentimiento escrito a excepción de que la organización ya haya tomado alguna acción para asegurarse de ésto.

Solicito las siguientes limitaciones para usar ó publicar mis expedientes médicos:

Firma de la Paciente ó Representante Legal del Testigo.

Fecha Vigente del Aviso ó Versión.

\_\_\_\_\_Aceptada\_\_\_\_\_Rechazada

Firma\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_

**Old Pueblo Family Planning**

5240 East Knight Drive, Suite # 112, Tucson, AZ 85712

PHONE: (520) 323-9682

There is a \$25.00 medical record copy fee. Allow 2 weeks for copies of medical records. There is no charge to fax or mail medical records to other physician's.

**Authorization to Release Medical Information / Consentimiento Para Divulgar Informacion Medica**

**PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE:**

Name / Nombre: \_\_\_\_\_ Birthdate/ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Address / Domicilio: \_\_\_\_\_

City / Ciudad: \_\_\_\_\_ State / Estado: \_\_\_\_\_ Zip / Zona Postal: \_\_\_\_\_

Other Name used While a Patient Here / Otros Nombres suyos Mientras Sea Paciente Aqui: \_\_\_\_\_

Approximate date of Last Medical Visit / Fecha Aproximada de su Ultima Cita Medica: \_\_\_\_\_

Where Records are to be Sent: Dr. William Richardson and/or \_\_\_\_\_

(Address): 5240 E. Knight Drive, Suite 112 \_\_\_\_\_

(City / State / Zip): Tucson, Arizona 85712 \_\_\_\_\_

(Fax): 520-323-9689 \_\_\_\_\_

(Phone): 520-323-9682 \_\_\_\_\_

**INFORMATION REQUESTED/ INFORMACION SOLICITADA:**

PATIENT TO INITIAL AREAS TO BE RELEASED / INDIQUE CON SUS INICIALES LAS AREAS QUE DESEA DIVULGAR:

History & Physical / Historia-Fisico: \_\_\_\_\_

Progress Notes / Nota Clinica: \_\_\_\_\_

Lab Results / Resultados de Laboratorio: \_\_\_\_\_

Colposcopy / Colposcopia: \_\_\_\_\_

Other / Otro: \_\_\_\_\_

*I understand the authorization will expire 180 days after the date of signature.  
(Comprendo que esta autorizacion se vence 180 dias despues de la fecha de firma)*

**SIGNATURES / FIRMAS**

\_\_\_\_\_  
(Patient / Paciente) Date of Signature: \_\_\_\_\_  
(Fecha de firma)

\_\_\_\_\_  
(Legally Authorized Representative / Representante Legal) Date Of Signature: \_\_\_\_\_  
(Fecha de firma)

\_\_\_\_\_  
(Witness / Testigo) Date of Signature: \_\_\_\_\_  
(Fecha de firma)

**Old Pueblo Family Planning**  
5240 East Knight Drive, Suite #112, Tucson, Arizona 85712  
Phone: (520) 323-9682  
Gratuita: (866) 323-5240  
De Mexico marque 001-866-323-5240

## **DECIDIÉNDOSE A ABORTAR (DECIDING TO HAVE AN ABORTION)**

Decidir a abortar puede ser una decisión difícil y emocional para Usted.

Nosotros, y el todo el personal de Old Pueblo Family Planning estamos aquí para ayudar y hacer de éste período en su vida más fácil para usted y para las personas que hoy la acompañan.

¿Sabia Usted que?...

- ♦ Que las mujeres pueden embarazarse aproximadamente durante 36 años de sus vidas. (ejemplo: de los 13 a los 49 años).
- ♦ Que las mujeres pasan 3/4 partes de su vida tratando de no embarazarse. (alrededor de 24 años)

Más de 1/2 de los embarazos son imprevistos, la mujer usaba anticonceptivos.....Y FALLÓ.

- ♦ Una mujer típica discontinúa de usar algún método de anticonceptivo cerca de 10 veces durante su vida y experimenta alrededor de 2 fracasos con los anticonceptivos.

Una adolescente sexualmente activa que no use anticonceptivos, tiene un 90% de probabilidad de que salga embarazada dentro de un año.

Por favor considere regresar a nuestra oficina para continuar con el cuidado anual. Nuestro Doctor William H. Richardson, M.D. ha estado ayudando a mujeres a escoger el método más apropiado de anticonceptivos por más de 15 años. Los exámenes anuales con el Dr. Richardson son programados por citas de lunes a viernes.

Este es su número personal de identificación, usted será llamada por este número \_\_\_\_\_.

Para propósitos de seguridad, usted necesitará también este número cuando usted llama nuestra oficina.

## EJEMPLO DEL LENGUAJE PARA EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

1. “ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SUS EXPEDIENTES MÉDICOS SE PUEDEN USAR Y REVELAR, Y CÓMO OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.
  - A. Usos y Revelaciones.
    1. Ejemplos de usos/ revelaciones
      - a. Tratamientos de Emergencia
      - b. Cobranzas
      - c. Old Pueblo Family Planning puede ponerse en contacto con la paciente para recordarle sus citas, ó información sobre los planes de su tratamiento.
    2. Si un representante legal nos solicita los expedients médicos, ó, si la paciente amenaza con una acción legal, podemos proporcionar el historial médico de la paciente (PHI) a nuestro representante legal.
    3. Se prohíbe, ó se limita substancialmente por otra ley pertinente, el uso, ó revelación para cualquier propósito descrito en los párrafos A1, ó, B de esta sección, la descripción de tal uso, ó revelación, (dar a conocer) repercutará en una ley más severa.como lo establece §160.202.
    4. Otros usos y revelaciones se llevarán a cabo únicamente con la autorización por escrito y que la persona pueda revocar dicha autorización establecida por §164.508 (b) (5).
  - B. Derechos Individuales. El siguiente aviso debe exponer los derechos de la persona con respecto a la protección de sus expedientes médicos y una breve información de cómo la persona puede ejercer sus derechos.
    1. La paciente puede exigir ciertas limitaciones sobre los usos y revelaciones y de la protección de los expedientes médicos, como lo establece §164.522(a) No se le exige a Old Pueblo Family Planning aceptar/ceder a una restricción solicitada.
    2. La paciente tiene el derecho de recibir correspondencia confidencial acerca de la protección de sus expedientes médicos que establece §164.522(a).
    3. La paciente tiene derecho de inspeccionar y copiar información médica que establece § 164.524.
    4. La paciente tiene el derecho de amendar/corregir su historial médico como lo establece § 164.526.
    5. La paciente tiene el derecho de recibir un recuento /lista de las revelaciones de su historial médico bajo protección como lo establece §164.528.
    6. Las pacientes que revisen el aviso electrónicamente, pueden solicitar una copia en papel de acuerdo con § 164.520(C)(3).
  - C. OBLIGACIONES DE OLD PUEBLO FAMILY PLANNING. Este aviso debe tener:
    1. La ley exige a Old Pueblo Family Planning mantener la privacidad de historiales médicos y notificar a la personas sus obligaciones legales respecto a la protección de historiales médicos.
    2. Se requiere a Old Pueblo Family Planning cumplir con los términos del aviso vigente y en efecto.
    3. De acuerdo con §164.530(i)(2)(ii), Old Pueblo Family Planning conserva el derecho de cambiar las condiciones de este aviso y establecer disposiciones nuevas y efectivas para toda la información médica que conserva. Se harán cambios a los paquetes de información.
  - D. Quejas. Si las personas creen que sus derechos de privacidad han sido violados pueden quejarse a Old Pueblo Family Planning comunicándose con el Dr. Richardson (Director Médico) ó, con Elizabeth Ibarra (Administradora de la Oficina). No habrá represalias en contra de la paciente por submitir una queja
  - E. Fecha vigente. Este aviso esta en efecto.
  - F. Modificaciones del Aviso: Old Pueblo Family Planning debe próntamente revisar y distribuir este aviso siempre y cuando existan cambios importantes a estos usos y revelaciones, ó (darse a conocer) los derechos de la persona que cubren las obligaciones legales de la entidad, u otras prácticas de privacidad expuestas en este aviso. No se implementará antes de la fecha vigente un cambio importante a ninguno de los términos de esta notificacion en el cual pueda repercutir un cambio serio, excepto cuando lo exija la ley.

**Old Pueblo Family Planning**  
5240 East Knight Drive, Suite 112, Tucson, Arizona 85712  
PHONE: (520) 323-9682  
Gratuita: (866) 323-5240  
De Mexico marque 001-866-323-5240

**INFORMACIÓN SOBRE EL ABORTO TEMPRANO**  
(Facts About Early Abortion-Spanish Translation)

El método más seguro para realizar un aborto durante la primera etapa, es un procedimiento quirúrgico llamado aspiración por vacío. Este procedimiento termina un embarazo en su inicio succionando suavemente el revestimiento del útero y retirando todo el tejido del embarazo. Old Pueblo ofrece este método de aborto hasta el final de las 12 semanas de embarazo contando del primer día del último período menstrual. En ésta hoja se ofrece más información sobre el procedimiento y una explicación de los riesgos. Old Pueblo Family Planning está su disposición para contestar cualquier pregunta ó inquietud que pueda tener antes, durante, ó después de la consulta.

### **Antes del Aborto**

Una vez que se registre en Old Pueblo Family Planning, se le pedirá que llene un formulario con su historial clínico y otros formularios más. Después, un consejero procederá a explicarle el procedimiento, obtener su consentimiento por escrito y responder a todas las preguntas que tenga al respecto. Se efecturán algunos exámenes, incluyendo una prueba de embarazo y un análisis de sangre (piquete en el dedo) para verificar el factor RH y asegurarse que no esta anémica. Se discutirá y se ofrecerá medicamentos para aliviar el dolor con el fin de que se sienta más cómoda durante el procedimiento.

Un poco más tarde, el médico leerá su historial clínico y examinará su corazón y abdomen. Después de un exámen pélvico de rutina, para determinar el tamaño del útero, pueden efectuarse otros exámenes. El médico requerirá un exámen de ultrasonido antes del procedimiento. El exámen consiste de un ultrasonido que permite determinar el tiempo del embarazo con más exactitud. Una vez realizado el ultrasonido es posible que se cobre un pago adicional por éste servicio. La decisión final respecto a sí el aborto se efectuará en la clínica, dependerá de su historial clínico, el exámen físico y los resulta dos de los análisis del laboratorio.

### **El Procedimiento del Aborto**

Para iniciar el aborto, el médico le administrará en el cuello del útero un anestético local (medicamento para adormecer) para que Ud. se sienta más cómoda durante el procedimiento. El siguiente paso es dilatar gradualmente el cuello del útero utilizando una serie de instrumentos delgados llamados dilatadores, cada uno un poco más grueso que el anterior. Cuando el cuello del útero se haya dilatado lo suficiente, se inserta en el úteroun pequeño tubo de plástico que está conectado a una máquina de succión. Se procede a mover el tubo dentro del útero por 40 a 50 segundos para retirar todo el tejido del embarazo mediante una succión suave. Durante y después del

procedimiento, puede sentir calambres a medida que el útero recupera su tamaño normal. Más tarde, el médico examinará el tejido del embarazo para comprobar que se ha retirado en su totalidad. Todo el procedimiento dura aproximadamente 3 minutos para completar.

## Después del aborto

Poco después del aborto, se le llevará a una sala de recuperación para que descanse y esté bajo observación. Se le darán instrucciones que tendrá que seguir después del procedimiento y se fijará una cita para un examen en 6 **semanas**. Un consejero/a, ó una enfermera conversará con Ud. acerca de sus planes del control de la natalidad, a menos que ya lo haya hecho en una consulta anterior. Cuando se sienta bien, generalmente después de 15 a 20 **minutos**, se puede ir. Debido a que se puede sentir un tanto débil, es necesario que disponga de antemano de alguna persona para que la lleve a casa. **La persona que la acompañe deberá permanecer en la sala de espera durante todo el tiempo que Ud, este aquí, ó no podrá recibir el sedante antes de su procedimiento.**

## Posibles Problemas

El aborto mediante la aspiración por vacío es un procedimiento muy seguro. Menos de una mujer en 100 tiene complicaciones graves después de un aborto temprano. Sin embargo, como sucede con cualquier operación, hay ciertas problemas que pueden presentarse durante ó después de un aborto:

- ◆ Hay una posibilidad en 100 de que se presente una infección en el útero después del aborto. Aunque este problema se trata generalmente con antibióticos, hay una pequeña posibilidad de que pueda ser necesario repetir la aspiración, un procedimiento de D y C, (dilatación y legrado uterino), una hospitalización, ó, incluso una operación.
- ◆ En uno de cada 100 casos, queda tejido en el útero, lo que provoca un aborto "incompleto". Este problema puede causar una hemorragia excesiva, infección, ó ambas cosas. Si se presenta esta complicación, podría ser necesario repetir la aspiración, ó un D y C ( dilatación y legrado uterino) en una clínica u hospital, otros exámenes ó tratamientos.
- ◆ Hay aproximadamente una posibilidad en 500 de que se perfore el útero (un instrumento podría perforar la pared del útero y dañar organos internos, cómo los intestinos, la vejiga, ó los vaso sanguíneos). El tratamiento puede consistir en observación, laparoscopia, ó una operación abdominal. La posibilidad de una histerectomía (retiro del útero) en éste caso es de una por 10,000 abortos.

## ◆ Otros riesgos incluyen:

Reacción alérgica que se puede deber a una alergia al anestésico local ó a cual quier otro medicamento utilizado. Todos los medicamentos, incluso las drogas que se venden en la calle, pueden causar reacciones graves por sí mismos, ó durante la anestesia. Es importante que use solamente medicinas por necesidad médica, y evite el alcohol u otros medicinas no recetadas el día del aborto y que le informe al médico acerca de todos los medicamentos que haya tomado.

Hemorragia (pérdida excesiva de sangre), que puede requerir un tratamiento con medicamentos, una nueva aspiración un D y C (dilatación y legrado uterino) ó, en raras ocasiones, una operación. Una hemorragia suficiente grave como para requerir una transfusión se presenta en menos de uno en 1000 casos.

Cóagulos en el útero, que pueden producir calambres agudos y dolor abdominal. El riesgo es de aproximadamente uno en 100 casos y el tratamiento consiste en repetir la aspiración.

Desgarramiento del cuello del útero, que se presenta en menos de uno en 100 casos, se puede tratar con medicamentos ó, en raras ocasiones, sutura en el cuello del útero.

El procedimiento no termina el embarazo, lo que ocurre en uno de cada 500 casos y se puede deber a un útero dividido, un embarazo muy temprano, u otras causas. En este caso, se recomienda una nueva aspiración. Un embara zo extrauterino (ectópico) no se termina con un aborto y se puede requerir una operación abdominal.

Una reacción emocional después del aborto. Los problemas emocionales después del aborto son raros y, cuando se presentan, por lo general desapa recen rápidamente. La mayoría de las mujeres informan una sensación de alivio, aunque algunas experimentan depresión ó sentimiento de culpabilidad. Los problemas psiquiátricos graves (como psicosis ó depresion grave) después del aborto al parecer son menos frecuentes que después de un parto.

El efecto en futuros embarazos, lo que por ahora parece muy improbable con abortos tempranos sin complicaciones.

La muerte, que ocurre en menos de uno en 100,000 abortos. Se debería comparar con el riesgo de muerte de un embarazo de término completo y un parto, que es siete veces mayor que el de un aborto temprano.

Cuando abandone Old Pueblo Family Planning después del aborto, se le dará un número de teléfono para comunicarse con la clínica ó una enfermera por si llegaran a ocurrir los problemas mencionados, ó cualquier otro problema. También debe regresar a la clínica en 6 **semanas** para un exámen de seguimiento. **NO SE PERMITEN NIÑOS EN NINGUNA CONSULTA.**

**Old Pueblo Family Planning**  
5240 East Knight Drive, Suite #112  
Tucson, AZ 85712  
(520) 323-9682  
Gratuita: (866) 323-5240  
De Mexico marque 001-866-323-5240

**INFORMACIÓN SOBRE EL ABORTO MEDIANTE DILATACIÓN Y EVACUACIÓN**  
**FACTS ABOUT MIDTRIMESTER D&E ABORTION (SPANISH TRANSLATION)**

El procedimiento de dilatación y evacuación ( D Y E) es un método de aborto que se efectua entre las 14 y 24 semanas del embarazo, contando del primer día del último período menstrual. El centro de Old Pueblo Family Planning ofrece abortos mediante(D y E) Dilatación y Evacuación hasta el final de la 14<sup>a</sup>. semana de embarazo. La dilatación y evacuación es un procedimiento de dos etapas que requiere uno ó dos días para dilatar (abrir) el cuello del útero y una consulta final a la clínica para vaciar el útero.

### **Antes del Aborto**

Una vez que se registre en Old Pueblo Family Planning Center, se le pedirá que llene un formulario con su historial clínico y otros formularios. A continuación un consejero procederá a explicar el procedimiento, obtener su consentimiento por escrito y responder a todas las preguntas que tenga al respecto. Se efectuarán algunos exámenes, incluyendo una prueba de embarazo y un examen de sangre (piquete en el dedo) para verificar el factor RH y tener la seguridad de que no está anémica. Se analizarán y ofrecerán diversas formas de medicamentos para aliviar el dolor a fin de que se sienta más cómoda durante el procedimiento.

Un poco más tarde, el médico leerá su historial clínico y examinará su corazón y abdomen. Después de un examen pélvico de rutina para determinar el tamaño del útero, además puedenefectuar otros exámenes. También se le hará un examen de ultrasonido, que consiste en pasar sobre su abdomen ún escáner que permite determinar el tiempo del embarazo con más exactitud. La desición final respecto a sí el aborto se puede efectuar en la clínica dependerá de su historial clínico, el examen físico y los resultados de los exámenes del laboratorio.

### **Inserción de Dilatadores Osmóticos Cervicales**

Se utilizarán dilatadores osmóticos para ensanchar lentamente la abertura del cuello del útero. Estos pequeños dispositivos se expanden cuando absorben agua de los líquidos cervicales. Los dilatadores permanecen en el cuello del útero por algunas horas (a veces durante la noche), y se mantienen en su sitio con gasa que se introduce en la vagina. Ud. recibirá una receta de antibióticos para prevenir infecciones. También recibirá instrucciones por escrito de cómo cuidarse mientras tenga puestos los dilatadores. Las instrucciones incluyen un número de teléfono para que Ud. se pueda comunicar con el personal de la clínica si se presentara algún problema. A veces es necesario introducir por segunda vez los dilatadores.

### **El Procedimiento del Aborto**

Antes de iniciar el procedimiento, si Ud. escujo la sedación intravenosa se le insertará en la vena de su mano una aguja, y permanecerá allí durante el tiempo que Ud. se encuentre en la clínica; una vez que la aguja se encuentre en su lugar, recibirá todos los medicamentos que Ud. necesite. Estos medicamentos pueden incluir sedantes par reducir la incomodidad y ayudarla a relajarse.

La gasa y los dilatadores serán removidos. El médico le administrará un anestésico local (medicamento para adormecer) en el cuello del útero para que Ud. se sienta más cómoda durante el procedimiento. Puede ser necesario dilatar más el cuello del útero, lo que se hará gradualmente utilizando una serie de instrumentos delgados llamados dilatadores, cada uno un poco más grueso que el anterior. Cuando el cuello del útero se haya dilatado lo suficiente, se inserta en el útero un tubo de plástico que está conectado a una máquina de succión. Luego se retira el contenido del útero mediante una combinación de succión y de instrumentos, lo que generalmente demora entre 5 a 15 minutos. Puede sentir calambres durante y después del procedimiento a medida que el útero recupera su tamaño normal. Más tarde el médico examinará el tejido del embarazo para comprobar si se ha retirado en su totalidad.

## Después del Aborto

Poco después del aborto se le llevará a una sala de recuperación para que descanse y esté bajo observación. Se le darán instrucciones que tendrá que seguir y una cita para una chequeo en 6 semanas. El médico ó enfermera conversará con Ud. sobre sus planes para el control de natalidad, a menos que ya lo haya hecho en una consulta anterior. Cuando se sienta bien, generalmente después de 30 minutos, se puede ir. Debido a que se pueda sentir un tanto débil, es necesario que disponga de antemano lo necesario para que alguna persona la lleve a casa. La persona que lo lleve a casa debe permanecer en la sala de espera todo el tiempo que Ud. se encuentre aquí, ó no podrá recibir un sedante antes del procedimiento.

## Posibles Problemas

El aborto en el segundo trimestre es más complejo que los procedimientos de abortos más tempranos. Con el procedimiento de DyE (Dilatación y Legrado) existe el riesgo de perforar el útero ó causar lesiones en el cuello del útero con los abortos tempranos. Sin embargo, comparado con otros métodos disponibles para abortos después de la 16a. semana de embarazo (inyección de solución salina ó prostaglandina dentro del útero), con el procedimiento de D y E (Dilatación y Legrado) existen menos riesgos de hemorragia, infección y un aborto incompleto. No hay necesidad de hospitalización y es más barato a menos que ocurran complicaciones.

### **Pueden presentarse entre otras, las siguientes complicaciones:**

- ◆ Hay 1 posibilidad en 100 de que se presente una infección en el útero después del aborto. Aunque éste problema se trata generalmente con antibióticos, hay una pequeña posibilidad de que pueda ser necesario repetir la aspiración, un D y C (dilatación y legrado uterino), una hospitalización, ó incluso una operación.
- ◆ En 1 de cada 100 casos, queda tejido en el útero, lo que provoca un aborto "incompleto". Este problema puede causar una hemorragia excesiva, infección, ó ambas cosas. Si se presenta esta complicación, podría ser necesario repetir la aspiración ó un D y C (dilatación y legrado uterino) en una clínica, ó en un hospital, u otros exámenes, ó tratamientos.
- ◆ En aproximadamente 3 de 1000 casos durante D y C (dilatación y legrado) hay posibilidad de que se perfore el útero (un instrumento puede atravesar la pared del útero y dañar órganos internos, como los intestinos, la vejiga, ó los vasos sanguíneos). Se requiere hospitalización y generalmente se efectúa una operación abdominal para reparar el daño. La posibilidad de una histerectomía (retiro del útero) en éste caso es menos de 1 por 1000 abortos con el procedimiento D y E.

## Otros riesgos incluyen:

Reacción alérgica, la cual se puede deber a una alergia al anestésico local ó a cualquier otro medicamento utilizado. Todos los medicamentos y fármacos incluyendo drogas obtenidas en la calle, pueden causar reacciones graves por sí mismas, ó durante la anestesia. Es importante que Ud. use medicamentos solamente por necesidad médica y evite el alcohol, u otras medicinas no recetadas el día del aborto y debe informar al médico acerca de todos los medicamentos que Ud. haya tomado.

Hemorragia (pérdida excesiva de sangre), que puede requerir tratamiento con medicamentos, una nueva aspiración, un D y C (dilatación y legrado uterino), ó en raras ocasiones, una operación. Una hemorragia suficientemente grave como para requerir una transfusión se presenta en menos de 1 por 100 casos.

Coágulos en el útero, que pueden producir calambres agudos y dolor abdominal. El riesgo es de aproximadamente de 1 en 100 casos y el tratamiento consiste en repetir la aspiración.

Desgarramiento del cuello del útero, que se presenta en menos de 1 en 100 casos, se puede tratar con medicamentos, ó en raras ocasiones, con sutura en el cuello del útero.

Una reacción emocional después del aborto. Los problemas emocionales después del aborto son raros y, cuando se presentan, por lo general, desaparecen rápidamente. La mayoría de las mujeres informan una sensación de alivio, aunque algunas experimentan depresión, ó sentimiento de culpabilidad. Los problemas psiquiátricos graves después del aborto al parecer son menos frecuentes que después del parto.

El efecto en futuros embarazos, lo que por ahora parece muy improbable con abortos tempranos sin complicaciones.

La muerte, que presenta un riesgo aproximadamente igual al de un embarazo de término completo y parto.

Después del aborto cuando se vaya de Old Pueblo, se le proporcionará un número telefónico para llamar a la clínica ó enfermera, sí llegaran a ocurrir éstos problemas. Además, debe de planear regresar a la clínica en 3 semanas para su exámen de seguimiento.

**Old Pueblo Family Planning**  
5240 East Knight Drive, Suite #112  
Tucson, AZ 85712  
(520) 323-9682  
Gratuita: (866) 323-5240  
De Mexico marque 001-866-323-5240

## **INFORMACIÓN SOBRE DILATADORES OSMÓTICOS CERVICALES** **(FACTS ABOUT OSMOTIC CERVICAL DILATORS)**

La inserción de dilatadores osmóticos es el primer paso del procedimiento para el aborto, el cual será completado cuando el útero se vacíe. Insertar dilatadores en el cuello del útero antes del aborto permite que el procedimiento sea más seguro para Ud. y más fácil para que funcione el médico.

### **¿QUÉ SON?**

Los dilatadores osmóticos están hechos ya sea de plantas marinas ó de productos químicos. Se acomodan en el cuello del útero antes del aborto.

### **¿CÓMO FUNCIONAN?**

Los dilatadores osmóticos se expanden lentamente absorbiendo líquidos cervicales aumentando hasta cuatro veces su tamaño original. Esta expansión gradual causa que el cuello del útero se dilate permitiendo vaciar el útero. El proceso puede tardar de 2 a 12 horas dependiendo del tipo del dilatador osmótico que se utilizó más el tiempo del embarazo.

### **¿CÓMO SE INSERTAN?**

- ◆ Se le pedirá que vacíe su vejiga (orine).
- ◆ El médico efectuará un exámen pélvico.
- ◆ Se desinfectará la vagina con una solución antiséptica.
- ◆ Los dilatadores se insertarán en el cuello del útero.
- ◆ Se introducirá en la vagina una gasa empapada en una solución con antiséptico y se mantendrá allí para detener los dilatadores.

### **Que esperar**

- ◆ Pueden ocurrir cólicos como esos causados durante su período menstrual durante ó después de la inserción . Se puede tomar medicamento si es necesario.
- ◆ Puede salirse líquido de la vagina. Notifique a la clínica si expulsa ó arroja un chorro súbito.
- ◆ Puede arrojar un desecho color rosado. Debe reportar a la clínica si se presenta sangrado.
- ◆ El empaque de gasa ó dilatador puede salirse de su lugar. Si ésto ocurre debe de reportar a la clínica
- ◆ Los dilatadores se removeran antes de que se termine el proceso del aborto.

## ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS?

Si existen microbios en el cuello del útero que puedan causar una enfermedad y pueden causar una infección, ó si falla de completar el procedimiento del aborto. **Es sumamente importante** que se retiren los dilatadores y se complete el procedimiento de el aborto.

No se le garantiza su salud, ó que el embarazo continúe normalmente, si llegara decidir a no llevar a cabo el aborto una vez que los dilatadores sean insertados.

Ocasionalmente los dilatadores se pueden atorar ó quebrar al momento de quitarlos. Aún si ésto ocurriera, el médico podría terminar de retirarlos y llevar a cabo el aborto.

Si el cuello del útero no se ha dilatado lo suficiente, se deberán insertar más dilatadores y tendrá que esperar más tiempo, ó usar otros instrumentos para completar la dilatación.

### Instrucciones Adicionales

Si se siente incómoda puede tomar un medicamento leve para el dolor. Siga las instrucciones según indica el medicamento.

**NO DEBE** tomar un baño de asiento, ducha, insertarse tapones ó tener relaciones sexuales con los dilatadores puestos.

### LLÁMENOS DÍA Ó NOCHE SI SUFRE:

- ◆ Fiebre sobre 100.4 grados
- ◆ Dolor agudo ó prolongado
- ◆ Sangrado denso ó prolongado
- ◆ Alguna otra síntoma alarmante que Ud. piense debemos enterarnos.

### Este lista para informarnos...

- ◆ Su temperatura durante la última hora.
- ◆ Cantidad de toallas sanitarias que ha usado durante la última hora. Si Ud. contrae alguna de las síntomas mencionadas anteriormente, ó si tiene alguna pregunta,

**EN CASO DE EMERGENCIA INFÓRMESE 24- HORAS AL DÍA**

Old Pueblo Family Planning

(520) 323-9682

Gratuita: (866) 323-5240

De Mexico marque 001-866-323-5240 y luego el numero gratuita

## Old Pueblo Family Planning

5240 East Knight Drive, Suite #112, Tucson, AZ 85712

Phone: (520) 323-9682

Gratuita: (866) 323-5240

De Mexico marque 001-866-323-5240

### DATOS SOBRE LA SEDACIÓN INTRAVENOSA

#### (Facts about IV Sedation-- Spanish Translation)

La sedación intravenosa es el medicamento que se inyecta directamente en la vena. Ud. no quedará dormida, pero se sentirá más relajada. Estos medicamentos pueden disminuir la ansiedad, ó el dolor y posteriormente Ud. tal vez no recuerde nada, ó solo parte del proce-Dimiento

#### Posibles Efectos Secundarios

Aunque estos medicamentos son por lo general seguros, pueden ocurrir algunas reacciones. Entre las principales reacciones que pueden ocurrir figuran, entre otras, reacciones alérgicas, lesiones ó insuficiencia en el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones ó el cerebro, flebitis (infección de las venas) ó la muerte.

#### Precauciones

Ud. no debe someterse a esta sedación si ha comido ó bebido algo en las últimas tres (3) horas, ó ha bebido algo más que líquidos claros durante las últimas seis (6) horas.

#### Confirme lo siguiente:

1. ¿Sufre de asma?
2. ¿Sufre de bronquitis crónico?
3. ¿Sufre de enfisema?
4. ¿Sufre de otros problemas respiratorios?
5. ¿Sufre de problemas cardíacos?
6. ¿Ha tomado medicamentos recetados que pueden causar somnolencia?
7. ¿Es alérgica algún medicamento?
8. ¿Ha tomado alcohol, ó drogas que se obtienen en la calle durante las últimas 24 horas?

#### Después del Procedimiento:

Los efectos de éstos medicamentos pueden durar varias horas. Por ésta razón no debe conducir, operar máquinas pesadas ó tomar decisiones importantes durante las 24 horas después del procedimiento.

**USTED DEBE TENER A ALGUIEN QUE LA LLEVE DE LA CLÍNICA A SU CASA Y ALGUIEN DEBE DE ESTAR AQUI ANTES DE QUE SEA SEDADA Y DEBE PERMANECER HASTA QUE SEA DADA DE ALTA DE SU RECUPERACIÓN.**

Medicamentos utilizados en Old Pueblo Family Planning para una sedación intravenosa:

- ◆ Fentanyl (Efectos secundarios principales: Depresión, Euforia, Bradycardia, (N&V)
- ◆ Versed (Efectos secundarios principales: Mareo, Modorra, Vista Borrosa, (N&V)
- ◆ Atropine (Efectos secundarios principales: Ritmo de Corazon puede aumentar, Boca seca

**Old Pueblo Family Planning**  
5240 East Knight Drive, Suite #112, Tucson, Arizona 85712  
Phone (520) 323-9682  
Gratuita: (866) 323-5240  
De Mexico marque 001-866-323-5240

## **Información para después del procedimiento** (Post Procedure Information)

Es raro que se presenten complicaciones y pronto podrá reasumir su rutina de actividades. Sírvase a llamarnos si tiene algún problema ó pregunta. Puede llamar de las 8:00 a.m. a las 5:00 p.m. de lunes a viernes. Las llamadas de emergencia se pueden hacer a cualquier hora.

Las siguientes 24 a 72 horas son muy importantes para su recuperación. Si se llega a presentar alguna complicación, es probable que suceda durante este período.

### **Infección**

Es posible que se sienta con temperatura alta, ó con frío, por unos días después del procedimiento, esto se debe a los cambios hormonales, no por infección. Tome su temperatura dos veces al día durante la próxima semana. Si tiene una temperatura de 101.4(grados), ó más durante más de 8 horas, y la temperatura no ha disminuido con Tylenol, comuníquese a la oficina. Por lo general, ésta es la primera señal de infección. Sí su médico le recetó supositorios vaginales para una infección que ya existía, deje de usarlos. Durante las siguientes dos semanas las posibilidades para contraer una infección son mayores que lo normal. Por ésta razón **NO**:

- ◆ No participe en ningún tipo de relación sexual vaginal
- ◆ No use tapones.
- ◆ No use duchas (lavados vaginales)
- ◆ No tome baños de tina.
- ◆ No nade, ó tome baños de asiento (piscinas, albercas, tinas, etc.)

### **Sangrados:**

Es posible que sangre tanto como una menstruación normal de 2 a 3 días continuando intermitentemente por un lapso hasta de 6 semanas, ó por un breve tiempo de unos cuantos días. Por las siguientes dos semanas debe evitar actividades vigorosas y levantar cosas pesadas.

La mayor parte de su sangrado dependerá directamente del nivel de su actividad. El sangrado puede parar y volver a comenzar de nuevo durante 4 a 6 semanas. Son comunes los cambios en el color de la sangre. Algunas mujeres no sangran nada, y no es razón para alarmarse. Si cualquiera de lo siguiente le ocurre, comuníquese a la oficina inmediatamente:

Desechar continuamente coágulos del tamaño de un medio dólar. Saturar más de una toalla sanitaria en una hora.  
Usar más de 6 toallas sanitarias en 24 horas.

### **CÓLICOS:**

Los cólicos se pueden remediar con cualquier medicamento que sea recetado, ó puede tomar Tylenol, Extra Strength Tylenol, Advil, Motrin, ó cualquier producto con Ibuprofeno, Asígrese de tomar el medicamento según las instrucciones. Si sufre cólicos fuertes y constantes, sírvase llamar a la oficina.

**SENOS SENSIBLES:** Es posible que experimente senos sensibles (adoloridos) ó hinchados durante las primeras dos semanas después de su cirugía. Esto se calmará por si mismo. Si tiene algún desecho en los pezones, use un sostén ajustado todo el día y toda la noche por lo menos cinco días. No estimule sus senos, esto producirá más leche.

**NAUSEAS POR LAS MAÑAS:**

Las nauseas deben desaparecer dentro de las siguientes 24 a 48 horas después del procedimiento.

**INFORMACIÓN PARA CONTINUAR EL TRATAMIENTO**

Cómuniquese a la oficina par concertar una consulta para continuar el tratamiento . Debe de ser revisada seis semanas después de su cirugía. No se le cobrará por ésta consulta. El seguimiento de este tratamiento el la única garantía que su aborto se llevó a cabo y que está completamente curada. **NO SE PERMITEN NIÑOS EN NINGUNA CONSULTA.**

Sú siguiente período normal debe de ocurrir dentro de cuatro a seis semanas después de su procedimiento. Si está tomando pastillas anticonceptivas, su período debe de empezar después de completar su primer paquete de pastillas. Si su período no empieza dentro de ocho semanas, ó si continúas de sangrar por más de tres semanas después del procedimiento, comuníquese a la oficina.

Aunque algunos sentimientos de depresión puedan ocurrir, debido a cambios hormonales, no es normal una depresión severa. Si le ocurre éste tipo de depresión , por favor sientáse con confianza de llamar para una recomendación para ver a un consejero.

Muy pocas mujeres se imaginan que personalmente experimentarían un aborto, de tal manera que éste tiempo puede haber sido una época traumática. Sólomente esperamos haber podido ayudarle a mejorar un poco las cosas. Usted nos preocupa. Si tiene alguna pregunta una vez que se encuentre en casa, por favor no vacile en llamarnos.

**Old Pueblo Family Planning**  
5240 East Knight Drive, Suite #112, Tucson, AZ 85712  
Phone: (520) 323-9682  
Gratuita: (866) 323-5240  
De Mexico marque 001-866-323-5240

**Guía para medicamentos después de la operación  
(Post Operative Medication Sheet)**

Recibirá tres recetas antes de irse de la clínica hoy. Estas recetas son necesarias para una completa recuperación. Por favor tómelas como se indica.

**Doxycycline:**

Este antibiótico abarca ampliamente la prevención de infecciones. Doxycycline se debe tomar con alimento pero no con leche. **Tome una cápsula cada doce horas por siete días.**

Posibles efectos secundarios: náusea y diarrea.

**Ergonovine Maleate** (Marca genérica para Methergine):

Este medicamento ayuda al útero a contraerse previniendo complicaciones durante el sangrado. Puede experimentar cólicos ligeros con este medicamento. El Ergonovine ayuda a detener el sangrado asistiendo al útero a desechar cualquier coágulo que se haya formado. Debe tomar este medicamento tres veces al día hasta que se termine. Puede ocasionar calambres en las piernas los cuáles están asociados cuando se toma éste medicamento porque activa las contracciones en los músculos. No se alarme si llega a sentir calambres en sus piernas. Si los calambres son severos ó persisten, favor de llamar a la oficina. **Tome una tableta tres veces al día por dos días.**

**Hydrocodone/Acetaminophen** ( marca genérica para Vicodin)(Se le entregará información escrita)

Posiblemente sienta cólicos cuando el Ergonovine empieza a contraer el útero. Hydrocodone le ayudará a aliviar los cólicos. **Puede tomar una tableta cada cuatro horas según sea necesario.** Además, debe tomar éste medicamento con alimentos porque puede causar náuseas. Evite conducir u operar maquinaria mientras tome éste medicamento porque puede causar sueño.

**¿Qué constituye una emergencia?**

**Sangrado denso:** Si satura una toalla sanitaria en una hora y la puede exprimir.

**Presión en el recto:** Presión muy intensa en el recto, con, ó sin sangrado, escalofríos, ó sudores.

**Fiebre:** Si después de tomar Tylenol tiene una temperatura de más de 101.4 grados con escalofríos y sudores que se prolonguen por más de ocho horas.

**NUMERO TELEFÓNICO DE EMERGENCIA**

**(520) 323-9682**

**Gratuita: (866) 323-5240 / De Mexico marque 001-866-323-5240 y luego el numero gratuita**

Deje un mensaje en la contestadora. Normalmente regresamos su llamada dentro de 15 minutos. Si no ha recibido una llamada después de 45 minutos, vuelva a llamar otra vez al servicio de mensajes. ***Este servicio de mensajes pasa únicamente llamadas de emergencia.***

**Tenga listo el número telefónico de su farmacia en caso que sea necesario pedir una receta.** Si está experimentando problemas, es importante llamar lo más pronto posible. Es posible que se le requiera presentarse a la oficina para ver a un médico.

**OLD PUEBLO FAMILY PLANNING**  
5240 East Knight Drive, Suite 112, Tucson, AZ 85712  
PHONE: (520) 323-9682  
Gratuita: (866) 323-5240  
De Mexico marque 001-866-323-5240

## **DATOS IMPORTANTES DE RECORDAR CUANDO TOME UN ANTICONCEPTIVO ORAL**

Important things to remember when you take an oral contraceptive  
(Spanish Translation)

### **MANCHAS Y SANGRADO**

Si ocurre cualquiera de estos, continúe tomando sus píldoras como se le ha indicado y comuníquese a la oficina para más orientación. Estos no se consideran como problemas graves, y por lo general se pueden controlar cambiando pastillas de diferentes marcas. Llame a la oficina para una evaluación más amplia.

### **FALTA DE MENSTRUACIONES**

Es común para las mujeres que toman pastillas anticonceptivas dejar de menstruar ocasionalmente, si estás tomando tus pastillas correctamente, es posible que estes embarazada, pero es muy remoto. Estas totalmente segura y podrás empezar un nuevo paquete de píldoras en el tiempo normalmente programado. Si le faltan dos menstruaciones, venga a la oficina ó llámenos inmediatamente para una prueba de embarazo.

### **SEÑALES Y DOLORES QUE PUEDEN INDICAR GRAVES EFECTOS SECUNDARIOS.**

- ◆ DOLOR ABDOMINAL
- ◆ DOLOR FUERTE EN EL PECHO, FALTA DE RESPIRACION
- ◆ PROBLEMAS DE LA VISTA (ver borroso, destellos, ceguera)
- ◆ DOLOR FUERTE EN LA PANTORRILLA Ó MUSLO.

**NO IGNORE ESTAS SEÑALES, COMUNÍQUESE A LA CLÍNICA INMEDIATAMENTE Y EXPLÍQUENOS SU PROBLEMA. ES POSIBLE QUE NECESITE IR A LA SALA DE EMERGENCIA MÁS CERCANA.**

Recuerde que los antihistamínicos y antibióticos disminuyen el efecto de las pastillas anticonceptivas. Si ha tomado alguno de los antibióticos mencionados anteriormente, le recomendamos usar un método anticonceptivo adicional para respaldar durante todo el ciclo menstrual. Le recomendamos usar fielmente preservativos (condones) y espermicidas.

## **QUE SE DEBE DE HACER SI SE OLVIDA TOMAR SUS PASTILLAS:**

- ◆ Si se le pasó tomar UNA PASTILLA: Tome la pastilla en cuánto se acuerde y tome la siguiente pastilla de ése día en su tiempo normal. Esto significa que tomará 2 pastillas en un día.
- ◆ Si se le pasó tomar DOS PASTILLAS: Tome dos (2) pastillas el día que se acuerde y dos pastillas al siguiente día. Entonces tomará una pastilla al día, hasta que termine el paquete. Debe usar un método anticonceptivo adicional como preservativos (condones) y espermicidas hasta que empiece otro paquete de pastillas.

Si se le pasa tomar alguna pastilla puede experimentar sangrado,ó manchado, por el resto del ciclo menstrual. No está protegida contra un embarazo. Debe de usar un método anticonceptivo adicional para respaldar el resto del paquete de pastillas de las cuales se le pasó una pastilla. Una vez más se le recomienda utilizar un método anticonceptivo adicional (protección extra) si se le pasaron algunas pastillas.

**SI SE LE PASARON MÁS DE TRES PASTILLAS, COMUNÍQUESE A LA OFICINA PARA INSTRUCCIONES.**

**OLD PUEBLO FAMILY PLANNING**  
**5240 East Knight Drive, Suite #112, Tucson, Arizona 85712**  
**PHONE: (520) 323-9682**  
 Gratuita: (866) 323-5240  
 De Mexico marque 001-866-323-5240  
**ANTICONCEPTIVOS - LO QUE ES SEGURO**  
**(BIRTH CONTROL-WHAT'S SAFE)**

**Método Anticonceptivo**

**Buen Método Si...**

**Método Arriesgado ó Peligroso Si ...**

<p><b>Anticonceptivos Orales (La Píldora)</b> Pastillas sintéticas que contienen hormonas femeninas. Una pastilla diaria previene que los ovarios arrojen óvulos.</p>	<p>Menstruaciones dolorosas (cólicos).        Estás Anémica.        Tienes relaciones sexuales con frecuencia.        Deseas tener hijos con el tiempo.</p>	<p>Sufres de enfermedades del corazón, diabetes ó cancer.        Si fumas y tienes más de 35 años de edad.        Sufres de presión alta.</p>
<p><b>Inyección DEPO PROVERA</b>        Una inyección de hormonas que se inyectan cada tres meses. Funciona de la misma forma que la pastilla. Normalmente detiene el sangrado mensual asociado con la menstruación.</p>	<p>Si sufres de cólicos.        Estas anémica.        Tienes relaciones sexuales frecuentemente.</p>	<p>Si sufres de enfermedades del corazón, diabetes ó cancer.        Si fumas y tienes más de 35 años de edad,        Eres menor de 16 años de edad.        Sufres de presión alta.        Si piensas embarazarte durante los dos próximos años.</p>
<p><b>DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)</b>        El médico inserta este pequeño aparato en el útero y previene que los óvulos se fertilizen y se implanten en el útero.</p>	<p>Son monógamos mutuamente.        Disfrutan del coito espontáneo.</p>	<p>Tienes varias parejas.        Tienes cólicos, sangrados densos.        Los resultados del papanicolao son anormales.        Si has sufrido infecciones uterinas, cervicales ó tubáricas.</p>
<p><b>Preservativos (Condomes)</b>        Preservativo de latex que se coloca en el pene erecto antes del coito. Debe de usarse con un espermicida.</p>	<p>Deseas la mayor protección contra enfermedades venéreas.        Deseas un producto sin receta.</p>	<p>Eres alérgica al latex ó espermicidas.</p>

**Método Anticonceptivo****Buen Método Si...****Método Arriesgado ó Peligroso Si ...**

<b>Diafragma</b> Una copita de goma blanda con un borde flexible que se coloca en el cervix y previene el espermatozoide de filtrarse en el útero.	Tienen coito menos frecuente. No requieren espontaneidad.	Infección en la vagina ó vejiga, ó no están en buena condición.  Si no te revisas regularmente, ó reemplazas el diafragma cada 2 años. Alérgica a los espermicidas.
<b>Productos Químicos Vaginales</b> Espumas, cremas, jaleas ó supositorios que contengan espermicidas. Deben de usarse con un preservativo.	Desean productos sin receta. Tienen coito menos frecuente.	Eres alérgica a los espermicidas. Practican el coito más de una hora después de usarlos.
<b>Ligadura Tubárica</b> Cirugía permanente previene el óvulo de entrar en el útero.	Estas segura de tú decisión de no tener más hijos.	Los riesgos quirúrgicos son mínimos.

**SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE CUALQUIERA DE ESTOS MÉTODOS -- SÍRVASE PREGUNTAR A LA ENFERMERA Ó A EL DOCTOR.**