

NOMBRE Y APELLIDO: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Estado Civil: Soltera Casada Separada Divorciada Viuda Convivencia

¿Es actualmente: Estudiante? Sí No Años completados _____

Empleada? Sí No Ocupación _____

Necesita excusa de trabajo/escuela por Ausencia Sí No Levantar Restricciones Sí No

Proveedor de atención médica Ninguno Paternidad planificada Médico/Otro (especificar), _____

SALUD GENERAL

Temas médicos el último año: Ninguno Sí _____

¿Medicación actual (Rx/herbaria)? Ninguna Sí _____

¿Tomó medicamentos hoy? Ninguno Sí Liste el medicamento y hora en que lo tomó: _____

¿Alergias y reacciones al látex u otros medicamentos? Ninguna Sí _____

Hospitalizaciones/Cirugías/lesiones Ninguna Sí _____

¿Lengua c/piercing? No Sí (instruir al paciente que se lo saque)

¿Fuma? No Sí Número de cigarrillos diarios: N° _____

¿Bebe alcohol? No Sí N° ___/I semanal mensual ¿Bebió alcohol en las últimas 12 horas? No Sí

¿Drogas de calle? No Sí Hierba Cocaína/Crack Éxtasis Heroína Otra _____

Droga más reciente y ¿cuándo? _____

HISTORIAL FAMILIAR

Han tenido sus padres: Cardiopatías antes de los 50 Alta presión arterial Alto nivel de grasa en la sangre (colesterol)

Cáncer de pecho/Uterino Diabetes Ninguna

HISTORIAL PERSONAL

Tiene actualmente o ha tenido alguna vez:

8. Cáncer No Pasado Ahora

9. Cardiopatías/Problemas/Soplo No Pasado Ahora

10. Fiebre reumática / Rubeola No Pasado Ahora

11. Alta presión sanguínea No Pasado Ahora

12. Apoplejía No Pasado Ahora

13. Entumecimiento/hormigueo en brazos, manos, piernas, pies No Pasado Ahora

14. Dolores de cabeza/migraña frecuentes/severos No Pasado Ahora

15. Desvanecimientos o episodios de mareo No Pasado Ahora

16. Epilepsia/ataques *anotar tipo/fecha de último episodio No Pasado Ahora

17. Dolor torácico/ falta de aire No Pasado Ahora

18. Asma/Alergia estacional ambiental No Pasado Ahora

19. Coágulo sanguíneo en las venas/Tromboflebitis No Pasado Ahora

20. Anemia drepanocítica *fecha de la última crisis _____ No Pasado Ahora

21. Problemas estomacales/ Úlceras No Pasado Ahora

22. Enfermedad hepática/ renal/ inflamatoria intestinal No Pasado Ahora

23. Infección urinaria/ de vejiga/ de riñón No Pasado Ahora

24. Enfermedad de vesícula biliar removida: año _____ No Pasado Ahora

25. Hepatitis, ictericia o mononucleosis No Pasado Ahora

26. Calambres en los pies/Pies o tobillos hinchados/Várices No Pasado Ahora

27. Anemia (bajo hierro) o Trastornos hemorrágicos No Pasado Ahora

28. Enfermedad de la Tiroides No Pasado Ahora

29. Diabetes No Pasado Ahora

30. VIH/ SIDA / Trastorno inmunológico No Pasado Ahora

31. Terapia/ansiedad/problemas de depresión No Pasado Ahora

COMENTARIOS DEL PERSONAL

SALUD REPRODUCTIVA NOMBRE Y APELLIDO: _____ Cliente N° _____

¿Alguna vez se hizo examen pélvico? No Sí

Fecha del último Papanicolau (mes/año) _____ Resultados: Normal Anormal (ver N°1 abajo) Nunca me hice Papanicolau

HISTORIAL GINECOLÓGICO

Períodos menstruales: Regular Cada _____ días. Irregular Describir: _____

Sangra N° _____ días Flujo: pesado medio ligero Retortijones: no suaves moderados severos Uso: almohadilla tampones

Tiene actualmente o ha tenido alguna vez:

COMENTARIOS DEL PERSONAL

1. Papanicolau anormal (APS en inglés) No Pasado Ahora
Si tuvo APS: Colposcopia Biopsia Criocirugía LEEP Ningún tratamiento
2. Venérea (gonorrea/sífilis/clamidia/VPH) No Pasado Ahora
3. Frecuentes infecciones vaginales No Pasado Ahora
4. Descarga/olor/lagas/verrugas vaginales No Pasado Ahora
5. Candidiasis/comezón frecuentes No Pasado Ahora
6. Trastorno de inflamación de pelvis (TIP) No Pasado Ahora
7. Endometriosis No Pasado Ahora
8. Quistes de ovario No Pasado Ahora
9. Brotes/fibromas/anormalidades uterinas No Pasado Ahora
10. Dolor en el bajo vientre No Pasado Ahora
11. Dolor/Sangrado al tener relación sexual No Pasado Ahora
12. Manchas o hemorragia entre períodos No Pasado Ahora Temperamental Sensibilidad de seno Hinchazón
13. Malestares premenstruales No Pasado Ahora
14. Condición fibroquística de seno/bulto No Pasado Ahora
15. Cirugía de seno/descarga del pezón No Pasado Ahora
16. Náusea/Vómito con el embarazo No Pasado Ahora

HISTORIAL DE EMBARAZOS ¿Ha estado embarazada anteriormente? No Sí Número total de embarazos anteriores: N° _____

Si Sí: Partos vaginales N° _____ Partos c/cesárea N° _____ (Paternidad N° _____ Ofrecidos en adopción N° _____ Adoptados N° _____)

Abortos espontáneos. N° _____ Abortos N° _____ Partos de feto muerto N° _____ Embarazos ectópicos N° _____

¿Parto más reciente? (Mes/año) _____ ¿Actualmente amamantando? No Sí

¿Complicaciones con los embarazos? No Toxemia Hemorragia Prematuridad Diabetes _____

HISTORIAL DE ANTICONCEPTIVOS

¿Método anticonceptivo más reciente? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Algún problema? _____

COMENTARIOS DEL PERSONAL

COMENTARIOS DEL PERSONAL

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Píldora anticonceptiva | <input type="checkbox"/> Disp. intrauterino |
| <input type="checkbox"/> Parche Ortho Evra | <input type="checkbox"/> Diafragma |
| <input type="checkbox"/> Inyección Depo Provera | <input type="checkbox"/> NuvaRing |
| <input type="checkbox"/> Condones | <input type="checkbox"/> Esponja |
| <input type="checkbox"/> Espermaticida | <input type="checkbox"/> Interrupción de coito |
| <input type="checkbox"/> Contracepción de emergencia | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas |
| | <input type="checkbox"/> Vasectomía |

SECCIÓN DE ABORTOS CLÍNICOS (Completar solo si la paciente califica y considera la opción de aborto clínico)

- | | |
|---|---|
| ¿Vive con alguien? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Con quién? _____ |
| ¿Vive a menos de 30 minutos de un servicio de emergencia? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Tiene transporte confiable? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Está dispuesta a volver a la clínica para todas las visitas requeridas (una-tres)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Tiene acceso a un teléfono común o celular? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Aprueba tener un aborto quirúrgico si el aborto clínico falla? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Puede hablar y entender inglés? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Tiene una intolerancia conocida a Mifepristone (Mifeprex), Misoprostol (Cytotec) o cualquier medicamento prostaglandino? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Tiene usted una insuficiencia en las glándulas suprarrenales? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Está tomando actualmente Corticosteroides? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Tiene algún desorden sanguíneo o toma algún medicamento adelgazador de la sangre? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Ha heredado usted el trastorno de Porfiria? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

Que yo sepa, la información de más arriba es exacta y está completa.

Firma de la paciente _____ Fecha _____

Firma de un empleado _____ Fecha _____

Nombre _____ Apellido _____ Fecha _____

Nuestro objetivo es ofrecer a usted una experiencia de aborto tan segura y cómoda, física y emocionalmente, como sea posible. Se proporciona una sesión privada de asesoría para evaluar y revisar su historial médico, opciones de control de la natalidad, destrezas para copar, Sistema de apoyo, decisión sobre el aborto y proceso de procedimiento. Lo que usted decida compartir depende de usted, pero tenga la seguridad de que nuestro objetivo es brindarle apoyo, informarle sobre lo que se puede esperar, asegurarse de que sea *su* decisión y prepararla para un seguro retorno a casa. Por favor colabore con su asesor para asegurarse de que sus necesidades se cumplan contestando las siguientes preguntas:

1. Ahora me siento: (marque con un círculo todas las palabras que correspondan)

Aliviada	Temerosa	Optimista	Resentida	Confiada	Engañada	Desconsolada	Triste
Irritada	Pacífica	Desconfiada	Presionada	Sorprendida	Vulnerable	Irresponsable	Libre
Agradecida	Inquieta	Atormentada	Sensible	Desafiada	Entendida	Desilusionada	Cansada
Juzgada	Liberada	Preocupada	Insegura	Angustiada	Poderosa	Complacida	Fría
Avergonzada	Rechazada	Llorosa	Desesperada	Corajuda	Consolada	Abrumada	Sola
Esperanzada	Paralizada	Desamparada	Ansiosa	Apoyada	Nerviosa	Abochornada	Perdida
Amarga	Determinada	Involucrada	Cobarde	Energética	Vacía	Alentada	Amada
Egoísta	Fortalecida	Convencida	Enojada	Sacudida	Culpable	Desinteresada	Insensible
Segura	Embrujada	Maltratada	Apenada	En pánico	Receptora	Desalentada	Despejada

2. En una escala de 1 (simple) a 10 (difícil), ¿fue una decisión clara y simple o complicada y difícil?

clara/simple 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 complicada/difícil

3. Estoy muy preocupada por: (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mi decisión | <input type="checkbox"/> Posibles complicaciones durante y después del aborto |
| <input type="checkbox"/> Confidencialidad | <input type="checkbox"/> Preocupaciones religiosas o morales |
| <input type="checkbox"/> Mi relación con mi compañero | <input type="checkbox"/> Recuperación física después |
| <input type="checkbox"/> Cómo me sentiré emocionalmente después | <input type="checkbox"/> Posibles efectos en futuros embarazos |
| <input type="checkbox"/> Cómo me sentiré durante el procedimiento | <input type="checkbox"/> Otras _____ |

4. He analizado esta decisión con mi(s)...

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Compañero | <input type="checkbox"/> Marido | <input type="checkbox"/> Familia | <input type="checkbox"/> Amigos |
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Consejero | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Nadie |

5. Estoy interesada en saber más o usar los siguientes métodos anticonceptivos...

- | | | | | |
|---|--|--|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Parche Ortho Evra | <input type="checkbox"/> NuvaRing vaginal | <input type="checkbox"/> Espermaticidas | <input type="checkbox"/> DIU |
| <input type="checkbox"/> Inyección Depo Provera | <input type="checkbox"/> Diafragma | <input type="checkbox"/> Condón masc./femenino | <input type="checkbox"/> Esterilización | |

SOBRE LA SEDACIÓN CONSCIENTE: Su asesor le explicará el procedimiento de aborto apropiado para la duración de su embarazo, incluyendo los medicamentos que usaremos y el apoyo del personal que usted recibirá. En el primer trimestre, se usa rutinariamente un anestésico local, un medicamento oral contra la ansiedad, un medicamento antiinflamatorio y un narcótico que Alivia el dolor llamado Fentanyl para proporcionar alivio a los dolores durante el procedimiento. En el segundo trimestre, la Sedación Consciente (una combinación de Fentanyl y una droga hipnótico-sedante llamada Versed) se usan para bajar su nivel de conciencia, ayudándola a sentirse más relajada y experimentar menos molestia y menos ansiedad durante el procedimiento.

La Sedación Consciente se ofrece también como una opción en el primer trimestre, de modo que si usted está experimentando un nivel de ansiedad tan alto que cree que puede interferir con su capacidad de copar durante el procedimiento, o si sufre de una tolerancia al dolor extremadamente baja. Usted es elegible para Sedación Consciente solo si no ha comido ni bebido nada (nada por la boca) después de la medianoche la noche antes de su cita y si está preparada financieramente para los honorarios adicionales de \$75.

Si bien la sedación consciente implica algunos riesgos mínimos, le proporciona una sedación más intensa sin los riesgos asociados con anestesia general permitiendo a usted mantener su respiración independientemente, despertarse fácilmente, y responder a estímulos físicos y comandos orales. Le haremos una revisión para ver si hay alguna condición clínica que pudiera prohibir el uso de sedación consciente y contestaremos todas sus preguntas antes de que usted consienta a su uso.