

# FORMULARIO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE (NCDHHS) DE CONSENTIMIENTO DE ABORTO QUIRÚRGICO Y DECLARACIÓN DE CONCIENCIACIÓN DE RIESGOS

Al poner mis iniciales en cada uno de los elementos a continuación, certifico que he recibido la siguiente información sobre mi atención:

\_\_\_\_\_ El médico que realizará el procedimiento es \_\_\_\_\_.  
INICIALES Nombre del médico

Si el médico específico no se conoce en el momento de este consentimiento o cambia después del consentimiento, el nombre se indicará a continuación. Él o ella estará físicamente presente durante todo el procedimiento.

Él o ella  tiene o  no tiene privilegios para ingreso en un hospital local en \_\_\_\_\_, ubicado en \_\_\_\_\_  
Nombre del Hospital

\_\_\_\_\_ Dirección del hospital  
que está dentro de 30 millas de la instalación donde se está realizando el aborto. Él o ella tiene un seguro de negligencia para cubrir este procedimiento a menos que se comunique lo contrario.

INICIALES

*Si no corresponde.*

Si corresponde, me han dado el nombre y el número de teléfono del médico o equipo médico que me atenderá en caso de complicaciones asociadas con el procedimiento.

INICIALES

**(Opcional)** Si ningún hospital se encuentra a menos de 30 millas, el siguiente puede ser el hospital más cercano: \_\_\_\_\_.

Él o Ella  tiene o  no tiene privilegios para ingreso.

**Al firmar aquí \_\_\_\_\_ y poner mis iniciales en cada uno de los elementos a continuación, certifico que he sido informado oralmente, en persona, por un profesional de la salud calificado, de la siguiente información específica, al menos 72 horas antes de que se administrara el procedimiento del aborto quirúrgico.**

Entiendo que la edad gestacional probable de mi embarazo en este momento es de \_\_\_\_\_ semanas.

INICIALES

Entiendo los riesgos médicos específicos y las posibles complicaciones del aborto quirúrgico. (Consulte abajo)

\_\_\_\_\_ INICIALES

Entiendo los riesgos médicos específicos y las posibles complicaciones de llevar el embarazo a término. (Consulte abajo)

\_\_\_\_\_ INICIALES

Riesgos*	Aborto Quirúrgico	Parto a término
Infección	2 a 3 en 1000	4 en 100
Hemorragia (sangrado)	1 a 3 en 1000	4 a 5 en 100
Lesión traumática del útero <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Perforación - hacer un agujero en el útero</li><li>▪ Ruptura – ruptura del útero</li></ul>	Perforación: Menos de 1 en 100	Ruptura: Menos de 1 en 100
Cérvix lacerado	En el primer trimestre: Menos de 1 en 1000 En el segundo trimestre: 2 a 3 en 100	Menos de 1 en cada 100
Riesgos para futuros embarazos: parto prematuro	Pruebas poco claras sobre el aumento del riesgo de parto prematuro después del aborto quirúrgico	10 a 11 de cada 100 embarazos
Efectos psicológicos (trastornos del estado de ánimo) (ambos, aborto médico y quirúrgico)	Ansiedad: 10 a 16 en 100 durante un periodo de 3 años Depresión: 9 a 14 en 100 en un periodo de 3 años	Ansiedad: 14 de cada 100 en un periodo de 3 años Depresión: 10 en 100 en un periodo de 3 años
Muerte (aborto médico o quirúrgico)	Menos de 0.5 de cada 100,000 abortos	17 a 27 por 100.000 nacidos vivos

\*Estimaciones basadas en estudios existentes. Por ejemplo, 2 de cada 1000 significa que 2 personas de cada 1000 que se sometieron al procedimiento podrían experimentar ese riesgo específico.

Puedo ver el (los) feto(s) por ultrasonido y/o escuchar los tonos cardíacos fetales si están presentes antes del procedimiento. Entiendo que la información impresa está disponible para mí sobre las ubicaciones para recibir un ultrasonido del embarazo de forma gratuita.

\_\_\_\_\_ INICIALES

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi embarazo, cómo se desarrolla el embrión y el feto y otras opciones para el aborto quirúrgico.

\_\_\_\_\_  
INICIALES

Entiendo que las opciones distintas al aborto incluyen llevar el embarazo a término y quedarme con el bebé o bebés o darlos en adopción.

\_\_\_\_\_  
INICIALES

Entiendo que un aborto quirúrgico tiene la intención de poner fin a mi embarazo.

\_\_\_\_\_  
INICIALES

Entiendo que los beneficios del seguro de salud pueden estar disponibles para mí para la atención prenatal, el parto y el cuidado del recién nacido.

\_\_\_\_\_  
INICIALES

Entiendo que los beneficios de asistencia pública pueden o no estar disponibles para mí bajo los programas de asistencia federal y estatal.

\_\_\_\_\_  
INICIALES

Entiendo que, si elijo llevar el embarazo a término, el padre de este embarazo puede estar legalmente obligado a ayudar a mantener al niño(s), incluso si el padre se ha ofrecido a pagar por el aborto.

\_\_\_\_\_  
INICIALES

Me han informado sobre materiales desarrollados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte que describen el desarrollo fetal y listan las agencias que ofrecen otras alternativas al aborto disponibles en el sitio web: [www.ncdhhs.gov/reprohealth](http://www.ncdhhs.gov/reprohealth). Si he solicitado versiones impresas de estos materiales para revisar en lugar del sitio web, estos materiales se proporcionaron al menos 72 horas antes del procedimiento.

\_\_\_\_\_  
INICIALES

Me dijeron que la decisión de someterme a un aborto quirúrgico depende completamente de mí. Me dijeron que podía retirar mi consentimiento para un aborto en cualquier momento antes o durante el procedimiento. No importa lo que decida, mi decisión no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. No perderé ninguna ayuda o beneficio de los programas que reciben fondos estatales o federales para los que de otro modo podría ser elegible.

\_\_\_\_\_  
INICIALES

Entiendo que tengo un derecho privado de acción para demandar al médico calificado que realiza el aborto si siento que he sido coaccionado o engañado antes de tener un aborto. Los recursos estatales sobre este derecho se encuentran en el sitio web: [www.nccourts.gov/help-topics/lawsuits-and-small-claims/lawsuits](http://www.nccourts.gov/help-topics/lawsuits-and-small-claims/lawsuits)

\_\_\_\_\_  
INICIALES

\_\_\_\_\_ Entiendo que se me entregará una copia de todos los formularios firmados requeridos por la ley para este procedimiento.  
INICIALES

\_\_\_\_\_ Se me ha dado suficiente información para dar consentimiento informado a un aborto quirúrgico.  
INICIALES

**Entiendo que me someteré a un aborto quirúrgico. Se me han explicado las molestias, riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento. Estoy conforme con las respuestas recibidas a todas mis preguntas. También entiendo que mis datos médicos anónimos se divulgarán a representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte como lo exige la ley estatal, y entiendo que puedo objetar por escrito que se revise mi historial médico. Mis iniciales y firma anteriores y mi firma a continuación confirman que he reconocido y dado consentimiento voluntariamente a cada elemento específico mencionado anteriormente.**

*NOTA: Si la paciente es menor de 18 años y no tiene una orden judicial que le permita dar consentimiento a un aborto, la persona autorizada por la ley para dar consentimiento en su nombre debe firmar este formulario de certificación.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona autorizada para dar su consentimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha y Hora

\_\_\_\_\_  
Nombre (escrito en letra de molde) del paciente o persona autorizada para dar consentimiento

\_\_\_\_\_  
La relación con el paciente (si corresponde)

**Doy fe de que he proporcionado a este paciente la información presentada anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional calificado que brinda asesoramiento

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha y Hora

**Completar si el médico es diferente de lo indicado anteriormente:**

He informado al paciente que el médico que los verá es el Dr. \_\_\_\_\_.

Tiene privilegios para el ingreso en el hospital local en \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del personal