

**Care for Women, Children, and Families Act
Annual Statistical Report**

**NC General Statute 90-21.93 as amended by
Session Law 2023-14, Section 1.2**



Report to

**The Joint Legislative Oversight Committee on Health and
Human Services**

by

NC Department of Health and Human Services

November 14, 2023

Background

Session Law 2023-14, Section 1.2 amends NC General Statute 90-21.93 by adding a reporting requirement that directs the Department of Health and Human Services (NCDHHS) to prepare and submit a comprehensive annual statistical report based upon the data gathered from the reports as required by SL 2023-14, and as amended by SL 2023-65. This report fulfills the reporting requirement. NCDHHS is also required to submit data and the annual report to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) for inclusion in the annual Vital Statistics Report, which is done by the NC State Center for Health Statistics in accordance with CDC requirements and timelines.

Status of Implementation

Session Law 2023-14 describes new requirements for informed consent, reporting, and patient information relating to abortions that took effect July 1, 2023. The NC Department of Health and Human Services released materials to comply with these new requirements on June 16, 2023. Session Law 2023-65 became law on June 29, 2023, which then amended certain provisions requiring updates to the materials, which were released on June 30, 2023. The required NCDHHS documents are included in this report and are also available online at North Carolina Reproductive Health Services (www.ncdhhs.gov/reprohealth). This information was communicated to all medical professional organizations, licensed physicians, hospitals, emergency departments, clinics certified to perform abortion services, other clinics and facilities that provide health care services, and any other health care facility in the State, as required by SL 2023-14.

NCDHHS Consent Forms

- NCDHHS Medical Abortion Informed Consent in English (see Appendix A)
- NCDHHS Medical Abortion Informed Consent in Spanish (see Appendix B)
- NCDHHS Surgical Abortion Informed Consent in English (see Appendix C)
- NCDHHS Surgical Abortion Informed Consent in Spanish (see Appendix D)
- NCDHHS Physician Declaration Form in English (see Appendix E)
- NCDHHS Physician Declaration Form in Spanish (see Appendix F)
- NCDHHS Abortion Life Limiting Anomaly Consent in English (see Appendix G)
- NCDHHS Abortion Life Limiting Anomaly Consent in Spanish (see Appendix H)

NCDHHS Reporting Forms

- NCDHHS 1891 Abortion Case Report Form in English (see Appendix I)
- NCDHHS 1891 Abortion Case Report Form in Spanish (see Appendix J)
- NCDHHS Abortion Complications Reporting Supplement 1891a in English (see Appendix K)
- NCDHHS Abortion Complications Reporting Supplement 1891a in Spanish (see Appendix L)

Additional Required Resources

NC General Statute 90-21.83 further requires the Department make available on its website a list of resources that woman may contact for assistance upon receiving information from the physician performing the ultrasound that the unborn child may have a disability or serious

abnormality and shall do so in a manner prescribed by subsection (b) of this section. As such, those resources can be found on DHHS' website: *What to Know about Abortion in NC*, at www.ncdhhs.gov/what-know-about-abortion-nc-english and www.ncdhhs.gov/what-know-about-abortion-nc-spanish and the *NC Resource Directory* can be found at www.ncdhhs.gov/nc-resource-directory.

Statistical Summary Report

New reporting requirements related to abortion reporting took effect July 1, 2023. Included in those requirements is a new annual statistical report to be submitted by October 1st of each year. NCDHHS was unable to compile and submit an annual report by October 1, 2023, due to the short turn-around period and only having access to partial, preliminary data for the months of July and August 2023.

Next Steps

NCDHHS will submit the annual summary report on or before October 1, 2024, and each year thereafter.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

NCDHHS MEDICAL ABORTION CONSENT FORM AND ACKNOWLEDGEMENT OF RISKS STATEMENT

By initialing each of the items below, I certify that I have received the following information about my care:

_____ The physician that will provide the abortion-inducing medication(s) is _____.
INITIALS NAME OF PHYSICIAN

If the specific physician is not known, or changes after the time of this consent, the name will be noted below. S/he will be physically present while the first abortion-inducing drug is administered.

S/he does or does not have local hospital admitting privileges at
_____, which offers obstetrical or
HOSPITAL NAME

gynecological care and is located at _____
HOSPITAL ADDRESS

which is within 30 miles from the facility where the abortion is being performed. S/he has liability insurance to cover malpractice in the performance of an abortion unless otherwise communicated.

INITIALS

Check if not applicable.

If applicable, I have been given the name and contact information of the physician or physician team that will take care of me in the case of any complications after the procedure.

INITIALS

Check if not applicable.

_____ The provider does or does not accept my insurance.

INITIALS

(Optional) If no hospital is located within 30 miles, the following may be the closest hospital:

_____.

S/he does or does not have admitting privileges.

By signing here _____ and initialing each of the items below, I certify that I have been orally informed, in-person, by a qualified health professional, of the following specific information, at least 72 hours before the first abortion-inducing medication was given.

_____ I understand that the probable gestational age of my pregnancy at this time is _____ weeks.
INITIALS

_____ I understand that medication(s) will be used that will end my pregnancy and cause the uterus to contract to expel the pregnancy tissue. After receiving these medicines, I might experience cramping, pelvic pain or bleeding, and the passing of clots and tissue within hours or days. Medications may be given for the pain, cramping and nausea.
INITIALS

I understand the specific medical risks and potential complications of medical abortion.
 I understand that the risks of complications of medical abortions increase with advancing gestational age. (See Below)

 INITIALS

I understand the specific medical risks and potential complications of carrying the pregnancy to term (See Below).

 INITIALS

Risks*	Medical Abortion	Term Pregnancy Delivery
Infection	Less than 1 in 100	4 in 100
Hemorrhage (Excess Bleeding)	Less than 1 in 100	4-5 in 100
Incomplete abortion/Retained pregnancy tissue	5 in 100	3 out of 100 (retained placenta)
Continuation of the pregnancy	Less than 1 in 100	Does not apply
Risks to future pregnancies: Infertility	Not increased when there are no complications	Not increased when there are no complications
Death (both medical or surgical abortion)**	Less than 0.5 in 100,000 abortions	17-27 per 100,000 live births

**Estimates based on existing studies. For example, 5 in 100 means that 5 people out of 100 who had medical abortion could experience the specific risk.*

***For abortions after 13 weeks, infection and hemorrhage (bleeding) were the leading causes of death.*

I understand that blood type differences (Rh incompatibility) between the pregnant person and the fetus sometimes occur and could cause risks to future pregnancies. Medication is available to prevent this (Rh Immunoglobulin) and some individuals can receive an injection of Rh immunoglobulin at the time of the medical abortion to prevent potential future incompatibilities.

 INITIALS

I understand that I may see the remains of my pregnancy during the process of completing the medical abortion outside the clinic.

 INITIALS

I may view the fetus(es) by real-time ultrasound and listen to fetal heart tones if present prior to the procedure. I understand that printed information is available to me about locations to receive a pregnancy ultrasound free of charge.

 INITIALS

I have been given an opportunity to ask questions about my pregnancy, how the embryo and fetus develop, and alternatives to medical abortion.

INITIALS

I understand options other than abortion include carrying the pregnancy to term and either keeping the infant(s) myself or placing the infant(s) for adoption.

INITIALS

I understand a medical abortion is intended to end my pregnancy.

INITIALS

I understand health insurance benefits may be available to me for prenatal care, childbirth, and newborn care.

INITIALS

I understand public assistance benefits may or may not be available to me under Federal and State assistance programs.

INITIALS

I understand if I choose to carry the pregnancy to term, the father of this pregnancy may be legally obligated to assist in support of the child(ren), even if the father has offered to pay for the abortion.

INITIALS

I was told about materials developed by the North Carolina Department of Health and Human Services which describe fetal development and list agencies that offer alternatives to abortion which are available at www.ncdhhs.gov/reprohealth. If I requested printed versions of these materials to review rather than the website, these materials were provided at least 72 hours before the medical abortion.

INITIALS

I was told that the decision to undergo a medical abortion is completely up to me. I was told that I could withdraw my consent for abortion at any time including after the first medication but before the second medication is administered. No matter what I decide, my decision will not affect my right to future care or treatment. I will not lose any help or benefits from programs receiving State or Federal funds, for which I may otherwise be eligible.

INITIALS

I understand that I have a private right of action to sue the qualified physician performing the abortion if I feel I have been coerced or misled prior to having an abortion. State resources about this right are located at: www.nccourts.gov/help-topics/lawsuits-and-small-claims/lawsuits

INITIALS

I understand that I will be given a copy of all signed forms required by law for this procedure.

INITIALS

I understand that my physician will schedule an appointment 7-14 days after providing the abortion-inducing drug(s) to confirm that the pregnancy is completely terminated and to check for any complications.

INITIALS

I have been given enough information to give informed consent to a medical abortion.

INITIALS

I understand that I will undergo a medical abortion. The discomforts, risks, benefits, and alternatives of the procedure have been explained to me. All my questions have been answered to my satisfaction. I also understand that my anonymous medical data will be released to representatives from the North Carolina Department of Health and Human Services as required by State law, and I understand that I can object in writing to having my medical records reviewed. My foregoing initials and signature and my signature below, confirm that I have voluntarily acknowledged and consented to each specific item listed above.

NOTE: If the patient is less than 18 years old and does not have a court order allowing them to consent to an abortion, the person authorized by law to consent on their behalf must sign this certification form.

SIGNATURE OF PATIENT/PERSON AUTHORIZED TO CONSENT

DATE AND TIME

PRINTED NAME OF PATIENT/PERSON AUTHORIZED TO CONSENT

RELATIONSHIP TO PATIENT (IF APPLICABLE)

I attest that I have provided this patient with the information presented above in-person.

SIGNATURE OF THE QUALIFIED PROFESSIONAL PROVIDING COUNSELING

PRINTED NAME

DATE AND TIME

Complete if physician is different than previously noted:

I have informed the patient that the physician who will see them is Dr. _____.

S/he does have local hospital admitting privileges at _____.

STAFF INITIALS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

FORMULARIO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE (NCDHHS) DE CONSENTIMIENTO DE ABORTO MÉDICO 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 mientras se administra el primer fármaco inductor del aborto.

Él o ella tiene o no tiene privilegios para ingresar al paciente en un hospital local en _____, que
Nombre del Hospital

ofrece atención obstétrica o ginecológica y se encuentra en

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 responsabilidad para cubrir la negligencia en la realización de un aborto a menos que se comunique lo contrario.

_____ INICIALES

Si no corresponde.

Si corresponde, se me ha dado el nombre y la información de contacto del médico o equipo médico que me atenderá en caso de cualquier complicación después del procedimiento.

_____ INICIALES

Si no corresponde.

_____ El proveedor acepta o no acepta mi seguro.
INICIALES

(Opcional) Si ningún hospital está ubicado a menos de 30 millas, el siguiente puede ser el hospital más cercano: _____.

Él o Ella tiene o no tiene privilegios para ingresar al paciente.

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 primer medicamento inductor de aborto.

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

INICIALES

Entiendo que se usarán medicamentos que pondrán fin a mi embarazo y harán que el útero se contraiga para expulsar el tejido del embarazo. Después de recibir estos medicamentos, podría experimentar calambres, dolor pélvico o sangrado, y el paso de coágulos y tejidos en cuestión de horas o días. Se pueden administrar medicamentos para el dolor, los calambres y las náuseas.

INICIALES

Entiendo los riesgos médicos específicos y las posibles complicaciones del aborto médico. Entiendo que los riesgos de complicaciones de los abortos médicos aumentan con el avance de la edad gestacional. (Consulte a continuación.)

INICIALES

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

INICIALES

Riesgos*	Aborto médico	Parto a término
Infección	(Menos de 1 en cada 100)	4 en 100
Hemorragia (sangrado excesivo)	(Menos de 1 en cada 100)	4 a 5 en 100
Aborto incompleto o retención de tejido del embarazo	5 en 100	3 de cada 100 (placenta retenida)
Continuación del embarazo	(Menos de 1 en cada 100)	No corresponde
Riesgos para futuros embarazos: infertilidad	No aumenta cuando no hay complicaciones	No aumenta cuando no hay complicaciones
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, 5 de cada 100 significa que 5 personas de cada 100 que tuvieron un aborto médico podrían experimentar el riesgo específico.

**Para los abortos después de 13 semanas, la infección y la hemorragia (sangrado) fueron las principales causas de muerte.

Entiendo que a veces ocurren diferencias en el tipo de sangre (incompatibilidad Rh) entre la persona embarazada y el feto y podrían causar riesgos en futuros embarazos. Hay medicamentos disponibles para prevenir esto (inmunoglobulina Rh) y algunas personas que pueden recibir una inyección de inmunoglobulina Rh en el momento del aborto médico para evitar posibles incompatibilidades futuras.

INICIALES

Entiendo que puedo ver los restos de mi embarazo durante el proceso de completar el aborto médico fuera de la clínica.

INICIALES

Puedo ver el(los) feto(s) mediante ultrasonido en tiempo real y 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 las alternativas al aborto médico.

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 médico 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 informaron sobre materiales desarrollados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte que describen el desarrollo del feto y listan las agencias que ofrecen otras alternativas al aborto que están disponibles en el sitio web: www.ncdhhs.gov/reprohealth. Si solicité versiones impresas de estos materiales para revisar en lugar del sitio web, estos materiales se proporcionaron al menos 72 horas antes del aborto médico.

INICIALES

Me dijeron que la decisión de someterme a un aborto médico depende completamente de mí. Me dijeron que podía retirar mi consentimiento para el aborto en cualquier momento, incluso después del primer medicamento, pero antes de que se administre el segundo medicamento. 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 cuales de otra manera podría ser elegible.

INICIALES

Entiendo que tengo el derecho privado de acción para demandar al médico calificado que realiza el aborto si siento que he sido coaccionada o engañada 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

INICIALES

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

INICIALES

Entiendo que mi médico programará una cita 7 a 14 días después de proporcionar los medicamentos que inducen el aborto para confirmar que el embarazo haya terminado por completo y para verificar si hay complicaciones.

INICIALES

Se me ha dado suficiente información para dar consentimiento informado a un aborto médico.

INICIALES

Entiendo que me someteré a un aborto médico. 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 oponerme por escrito a 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

Relación con el paciente (si corresponde)

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

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 ingresar al paciente en el hospital local en

_____.

Iniciales del personal

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

NCDHHS SURGICAL ABORTION CONSENT FORM AND ACKNOWLEDGEMENT OF RISKS STATEMENT

By initialing each of the items below, I certify that I have received the following information about my care:

_____ The physician that will perform the procedure is _____.
INITIALS NAME OF PHYSICIAN

If the specific physician is not known at the time of this consent or changes after the consent, the name will be noted below. S/he will be physically present during the entire procedure.

S/he does or does not have local hospital admitting privileges at

_____ located at
HOSPITAL NAME

_____ HOSPITAL ADDRESS

which is within 30 miles from the facility where the abortion is being performed. S/he does have malpractice insurance to cover this procedure unless otherwise communicated.

_____ INITIALS

Check if not applicable.

If applicable, I have been given the name and phone number of the physician or physician team who will take care of me in the event of complications associated with the procedure.

_____ INITIALS

Check if not applicable.

The provider does or does not accept my insurance.

_____ INITIALS

(Optional) If no hospital located within 30 miles, the following may be the closest hospital:

S/he does or does not have admitting privileges.

By signing here _____ and initialing each of the items below, I certify that I have been orally informed, in-person, by a qualified health professional, of the following specific information, at least 72 hours before the surgical abortion procedure.

_____ I understand that the probable gestational age of my pregnancy at this time is ____ weeks.
INITIALS

_____ I understand the specific medical risks and potential complications of the surgical abortion. (See table at the top of the next page.)

_____ INITIALS

I understand the specific medical risks and potential complications of carrying the pregnancy to term. (See table at the top of the next page.)

INITIALS

Risks*	Surgical Abortion	Term Pregnancy Delivery
Infection	2-3 in 1000	4 in 100
Hemorrhage (bleeding)	1-3 in 1000	4-5 in 100
Uterine Injury: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perforation - poking a hole in the uterus ▪ Rupture – bursting open of the uterus 	Perforation: Less than 1 in 100	Rupture: Less than 1 in 100
Cervical Tear	In first trimester: Less than 1 in 1000 In second trimester: 2-3 in 100	Less than 1 in 100
Risks to future pregnancies: Preterm birth	Unclear evidence about increased risk of preterm birth after surgical abortion	10-11 in 100 pregnancies
Psychological effects (Mood disorders) (both medical and surgical abortion)	Anxiety: 10-16 in 100 over 3 years Depression: 9-14 in 100 over 3 years	Anxiety: 14 in 100 over 3 years Depression: 10 in 100 over 3 years
Death (medical or surgical abortion)	Less than 0.5 in 100,000 abortions	17-27 per 100,000 live births

**Estimates based on existing studies. For example, 2 in 1000 means that 2 people out of 1000 who had the procedure could experience that specific risk.*

I may view the fetus(es) by ultrasound and/or listen to fetal heart tones if present prior to the procedure. I understand that printed information is available to me about locations to receive a pregnancy ultrasound free of charge.

INITIALS

I have been given an opportunity to ask questions about my pregnancy, how the embryo and fetus develop, and other options to surgical abortion.

INITIALS

I understand alternatives to abortion include carrying the pregnancy to term and either keeping the infant(s) myself or placing the infant(s) for adoption.

INITIALS

I understand a surgical abortion is intended to end my pregnancy.

INITIALS

I understand health insurance benefits may be available to me for prenatal care, childbirth, and newborn care.

INITIALS

I understand public assistance benefits may or may not be available to me under Federal and State assistance programs.

INITIALS

I understand if I choose to carry the pregnancy to term, the father of this pregnancy may be legally obligated to assist in support of the child(ren), even if the father has offered to pay for the abortion.

INITIALS

I have been told about materials developed by the North Carolina Department of Health and Human Services which describe fetal development and list agencies that offer alternatives to abortion available at www.ncdhhs.gov/reprohealth. If I have requested printed versions of these materials to review rather than the website, these materials were provided at least 72 hours before the procedure.

INITIALS

I was told that the decision to undergo a surgical abortion is completely up to me. I was told that I could withdraw my consent for an abortion at any time prior to or during the procedure. No matter what I decide, my decision will not affect my right to future care or treatment. I will not lose any help or benefits from programs receiving State or Federal funds for which I may otherwise be eligible.

INITIALS

I understand that I have a private right of action to sue the qualified physician performing the abortion if I feel I have been coerced or misled prior to having an abortion. State resources about this right are located at: www.nccourts.gov/help-topics/lawsuits-and-small-claims/lawsuits

INITIALS

I understand that I will be given a copy of all signed forms required by law for this procedure.

INITIALS

I have been given enough information to give informed consent to a surgical abortion.

INITIALS

I understand that I will undergo a surgical abortion. The discomforts, risks, benefits, and alternatives of the procedure have been explained to me. All my questions have been answered to my satisfaction. I also understand that my anonymous medical data will be released to representatives from the North Carolina Department of Health and Human Services as required by State law, and I understand that I can object in writing to having my medical records reviewed. My foregoing initials and signature and my signature below, confirm that I have voluntarily acknowledged and consented to each specific item listed above.

NOTE: If the patient is less than 18 years old and does not have a court order allowing them to consent to an abortion, the person authorized by law to consent on their behalf must sign this certification form.

SIGNATURE OF PATIENT/PERSON AUTHORIZED TO CONSENT

DATE AND TIME

PRINTED NAME OF PATIENT/PERSON AUTHORIZED TO CONSENT

RELATIONSHIP TO PATIENT (IF APPLICABLE)

I attest that I have provided this patient with the information presented above in-person.

SIGNATURE OF THE QUALIFIED PROFESSIONAL PROVIDING COUNSELING

PRINTED NAME

DATE AND TIME

Complete if physician is different than previously noted:

I have informed the patient that the physician who will see them is Dr. _____.

S/he does have local hospital admitting privileges at _____.

STAFF INITIALS

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

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 ingresar al paciente 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

Si no corresponde.

_____ El proveedor acepta o no acepta mi seguro.

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 ingresar al paciente.

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"> ▪ Perforación - hacer un agujero en el útero ▪ Ruptura – ruptura del útero 	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. 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

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 en persona.

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 ingresar al paciente en el hospital local en _____.

Iniciales del personal

NCDHHS PHYSICIAN DECLARATION FORM FOR MEDICAL AND SURGICAL ABORTIONS

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Physician Declaration: By signing this form, I certify that I have explained the method of abortion to be used and that all information required by law was communicated to the patient and, if applicable, to the authorized guardian, prior to the procedure by a physician or qualified professional. I have answered all the patient's questions about the abortion procedure.

PHYSICIAN'S NAME (PRINTED)

PHYSICIAN'S SIGNATURE

DATE

FORMULARIO DE DECLARACIÓN MÉDICA DE NCDHHS PARA ABORTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Declaración del médico: Al firmar este formulario, certifico que he explicado el método de aborto que se utilizará y que toda la información requerida por la ley fue comunicada al paciente y, si corresponde, al tutor autorizado, antes del procedimiento por un médico o profesional calificado. He respondido a todas las preguntas de la paciente sobre el procedimiento de aborto.

NOMBRE DEL MÉDICO (EN LETRA MOLDE)

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

NCDHHS CONSENT FORM FOR ABORTION IN THE CASE OF A LIFE-LIMITING ANOMALY*

This procedure is being performed due to a physical or genetic disorder identified in the fetus that would be life-limiting. By initialing each of the items below, my physician and I certify that we have discussed the following things prior to the procedure.

Diagnosed Disorder(s): _____

INITIALS MD INITIALS How and why my physician determined that the(se) disorder(s) would be life-limiting.

INITIALS MD INITIALS The risks that the fetus could die before birth and the fact that some infants with life-limiting disorders are born alive and could have an unknown length of life.

INITIALS MD INITIALS Information about and risks associated with the life-limiting disorder(s), including anything that is known about the chance and length of survival from current medical evidence.

INITIALS MD INITIALS I have discussed the alternatives to abortion including continuing the pregnancy and having medical care for the infant(s) at birth. I was offered referrals for consultation with experts in newborn intensive care and newborn palliative care (comfort care) to discuss options for stabilization, evaluation, possible treatments, including the possibility of home discharge for comfort care for the infant(s) should I decide to continue the pregnancy.

Check if not applicable.

INITIALS MD INITIALS If the abortion is a medical abortion or a surgical abortion, all the information on the applicable NCDHHS Abortion Consent Form has been provided.

My foregoing initials and signature below confirm that I have voluntarily acknowledged and consented to each specific item listed above.

NOTE: If the patient is less than 18 years old and does not have a court order allowing them to consent to an abortion, the person authorized by law to consent on their behalf must sign this certification form.

SIGNATURE OF PATIENT/PERSON AUTHORIZED TO CONSENT

DATE AND TIME

PRINTED NAME OF PATIENT/PERSON AUTHORIZED TO CONSENT

RELATIONSHIP TO PATIENT (IF APPLICABLE)

**Per North Carolina Session Law 2023-14, an abortion during the first 24 weeks of a woman's pregnancy is lawful if a qualified physician determines there exists a life-limiting anomaly.*

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE NCDHHS PARA EL ABORTO EN EL CASO DE UNA ANOMALÍA QUE LIMITA LA VIDA*

Este procedimiento se realiza debido a un trastorno físico o genético identificado en el feto que limitaría la vida. Al poner las iniciales en cada uno de los elementos a continuación, mi médico y yo certificamos que hemos platicado sobre las siguientes cosas antes del procedimiento:

Trastorno(s) diagnosticado(s): _____

Cómo y por qué mi médico determinó que el(los) trastorno(s) sería(n) limitantes para la vida.

INICIALES INICIALES
DEL MÉDICO

Los riesgos de que el feto pueda morir antes del nacimiento y el hecho de que algunos bebés con trastornos que limitan la vida nazcan vivos y puedan tener una duración de vida desconocida.

INICIALES INICIALES
DEL MÉDICO

Información sobre y los riesgos asociados con el (los) trastorno(s) que limita la vida, incluyendo cualquier cosa que se sepa sobre la probabilidad y la duración de la supervivencia prevista por evidencia médica actual.

INICIALES INICIALES
DEL MÉDICO

He platicado sobre las alternativas al aborto, incluso la continuación del embarazo y la atención médica para el (los) bebé(s) al nacer. Me ofrecieron remisiones para consultar con expertos en cuidados intensivos neonatales y cuidados paliativos neonatales (cuidados de bienestar) para platicar sobre opciones de estabilización, evaluación, posibles tratamientos, incluso la posibilidad de dada de alta con atención domiciliaria para cuidados paliativos para el (los) bebé(s) si decido continuar el embarazo.

INICIALES INICIALES
DEL MÉDICO

Marque si no corresponde.

Si el aborto es un aborto médico o un aborto quirúrgico, se ha proporcionado toda la información en el Formulario de Consentimiento de Aborto de NCDHHS.

INICIALES INICIALES
DEL MÉDICO

Mis iniciales anteriores y mi firma a continuación confirman que certifico y he dado consentimiento voluntariamente a cada uno de los puntos específicos mencionados 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 EN LETRA MOLDE DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA
PARA DAR CONSENTIMIENTO

LA RELACIÓN CON EL PACIENTE (SI CORRESPONDE)

**Según la Ley de la Sesión 2023-14 de Carolina del Norte, un aborto durante las primeras 24 semanas del embarazo de una mujer es legal si un médico calificado determina que existe una anomalía que limita la vida.*

CONFIDENTIAL INDUCED ABORTION CASE REPORT

For internal DHHS use only

Date of Today's Pregnancy Termination

Facility Code: _____

____ / ____ / ____ (MM/DD/CCYY)

1. **Date of Today's Pregnancy Termination (MM/DD/CCYY)** ____ / ____ / ____
2. **Name of Facility:** _____
3. **Name of physician who provided the abortion medication or performed the surgical abortion:**

4. **Name of referring physician, agency, or service (if applicable):** _____
5. **Name of physician who diagnosed the life-limiting anomaly (if applicable):** _____
6. **Residence of Patient** Country: _____ State: _____ County: _____
7. **Age of Patient (in years):** _____
8. **a. Race of patient**
 1 = White 4 = Asian
 2 = Black/African American 5 = Native Hawaiian/ Other Pacific Islander
 3 = American Indian/ Alaskan Native 6 = Multi-racial
- b. Hispanic Origin**
 1 = Yes 2 = No
9. **Patient's past pregnancy information:**
 - a. Number of previous pregnancies: _____
 - b. Number of live births: _____
 - c. Number of previous miscarriages/spontaneous abortions: _____
 - d. Number of previous induced abortions/terminations: _____
10. **Date Last Normal Period Began (MM/DD/CCYY)** ____ / ____ / ____
11. **Date of Ultrasound (MM/DD/CCYY)** ____ / ____ / ____
12. **Estimated Gestational Age, in Completed Weeks (if a fraction of a week, round down to the whole week; e.g. record 6 2/7 weeks as 6 weeks, record 7 6/7 weeks as 7 weeks):**

13. **For abortions > 12 weeks, a copy of an ultrasound that depicts the measurements with the name and other identifying patient information removed is included.** Yes Not applicable
14. **Pre-existing Medical Condition which could complicate pregnancy** Yes No
If yes, list conditions: _____
15. **Method of termination (check only the method that terminated the pregnancy)**
Surgical (Check the type of surgical procedure)
 1 = D&C (Dilation and Curettage)*
 2 = D&E (Dilation and Evacuation)
 3 = Hysterotomy/Hysterectomy
 4 = Other surgical (Specify)

Medical/Non-surgical (Check the principle medication or medications)

- 5 = Mifepristone (RU-486 or Mifeprex®)
 6 = Misoprostol (Cytotec®) or another prostaglandin**
 7 = Other medication (Specify): _____
 8 = Intrauterine Instillation (intra-amniotic injection, typically with saline, prostaglandin or urea)
 9 = Other: _____
 10 = Unknown

* Additional terms that may be used include: aspiration curettage, suction curettage, manual vacuum aspiration, menstrual extraction, and sharp curettage.

** Some commonly used prostaglandins include misoprostol (Cytotec®) and dinoprostone (also known as Cervidil®, prepidil, prostin E2, or dinoprostol).

16. **Did patient experience a complication?** Yes No
(If yes, you are required to complete form 1891a found here: <http://www.ncdhhs.gov/ncdhhs-abortion-complications-reporting-supplement-1891a-english/download?attachment>)
17. **Did patient return for follow-up visit for a medical abortion?** Yes No N/A
18. **If NO, what efforts were made to encourage patient to return for follow-up visit?**
 Phone call/ voice message Text message Email Patient Portal message
 Other: _____
19. **Date of follow-up visit, if applicable (MM/DD/CCYY):** ____ / ____ / ____
20. **Was the abortion complete at that time?** Yes No N/A

SIGNATURE OF PHYSICIAN WHO ADMINISTERED ABORTION MEDICATION OR PERFORMED THE SURGICAL ABORTION DATE

Purpose: To comply with North Carolina Session Law 2023-14, which requires the North Carolina Department of Health and Human Services to collect statistical summary reports concerning the medical and demographic characteristics of abortions. The reports will be for statistical purposes only and the confidentiality of the patient relationship shall be protected. Per law, a report completed under this section shall not contain the woman's name, any common identifiers of the woman, or any other information that would make it possible to identify the woman.

Distribution: It is the responsibility of the facility to ensure that case report forms are submitted for all abortions performed, consistent with figures reported to the North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Health Service Regulation (DHSR) for licensure renewal. Required information should be transmitted via a means that will allow the facility to track the packages to ensure receipt by DHHS. Completed report information should be submitted within 15 days after either the (i) date of the follow-up appointment following a medical abortion, (ii) date of the last patient encounter for treatment directly related to a surgical abortion, or (iii) end of the month in which the last scheduled appointment occurred, whichever is later. A report completed for a minor shall be sent to the Department and the Division of Social Services within 30 days of the surgical or medical abortion. Send information to:

State Center for Health Statistics
1908 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1900

If your facility is interested in setting up secure file transfer for reporting, please reach out to: SCHS.reporting@dhhs.nc.gov

In the case of a minor, a copy of this information should be sent to the Division of Social Services at NCSS_abortionreport@dhhs.nc.gov

Additional Supplies: Available at www.ncdhhs.gov/reprohealth

Or Order forms from:

State Center for Health Statistics
1908 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1900
Phone: (919) 733-4728

INFORME CONFIDENCIAL DE CASO DE ABORTO INDUCIDO

For internal DHHS use only

Fecha de interrupción del embarazo del día de hoy

Facility Code: _____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA)

1. Fecha de interrupción del embarazo del día de hoy (MM/DD/AAAA) _____ / _____ / _____
2. Nombre del establecimiento: _____
3. Nombre del médico que suministró el medicamento abortivo o llevó a cabo el aborto quirúrgico:

4. Nombre del médico, agencia o servicio que remitió a la paciente (si aplica):

5. Nombre del médico que diagnosticó la anomalía que limita la vida (si aplica):

6. Lugar donde habita la paciente País: _____ Estado: _____ Condado: _____
7. Edad de la paciente (en años): _____
8. a. Raza de la paciente

<input type="checkbox"/> 1 = Blanca	<input type="checkbox"/> 4 = Asiática
<input type="checkbox"/> 2 = Negra o Afroamericana	<input type="checkbox"/> 5 = Nativa de Hawái o Isleña del Pacífico
<input type="checkbox"/> 3 = Indígena Estadounidense o de Alaska	<input type="checkbox"/> 6 = Multiracial

b. ¿De origen hispano?

<input type="checkbox"/> 1 = Sí	<input type="checkbox"/> 2 = No
---------------------------------	---------------------------------
9. Información de los embarazos anteriores de la paciente:
 - a. Número de embarazos anteriores: _____
 - b. Número de hijos nacidos vivos: _____
 - c. Número de abortos naturales o espontáneos anteriores: _____
 - d. Número de abortos inducidos o embarazos interrumpidos anteriormente: _____
10. Fecha en la que comenzó su último período menstrual normal (MM/DD/AAAA) _____ / _____ / _____
11. Fecha del ultrasonido (MM/DD/AAAA) _____ / _____ / _____
12. Edad gestacional aproximada, en semanas completas (si es la fracción de una semana, debe redondear e indicar sólo las semanas completas. Por ejemplo, escriba 6 2/7 semanas como 6 semanas; escriba 7 6/7 semanas como 7 semanas): _____
13. Para abortos más allá de las 12 semanas, ¿Incluye una copia del ultrasonido que representa las medidas, pero que no incluya el nombre ni otra información que identifique a la paciente? Sí No aplica
14. ¿Hay alguna afección médica preexistente que podría complicar el embarazo?
 Sí No De ser así, mencione la afección: _____
15. Método de interrupción (marque solamente el método que terminó el embarazo)

Quirúrgico (marque el tipo de procedimiento quirúrgico)

<input type="checkbox"/> 1 = Dilatación y legrado (D&C, por sus siglas en inglés)*
<input type="checkbox"/> 2 = Dilatación y evacuación (D&E, por sus siglas en inglés)
<input type="checkbox"/> 3 = Histerotomía o histerectomía
<input type="checkbox"/> 4 = Otra cirugía (especifique)

Médico, no quirúrgico— (marque el medicamento o medicamentos principales)

- 5 = Mifepristona (RU-486 or Mifeprex®)
- 6 = Misoprostol (Cytotec®) o alguna otra prostaglandina**
- 7 = Otro medicamento (especifique): _____
- 8 = Instilación intrauterina (inyección intra-amniótica, típicamente con solución salina, prostaglandina o urea)
- 9 = Otro: _____
- 10 = Desconocido

* Algunos términos adicionales que podrían utilizarse incluyen: dilatación y raspado, legrado por aspiración, legrado por succión, aspiración manual endouterina (o al vacío), extracción menstrual, legrado uterino instrumental (o con cureta).

** Algunas prostaglandinas que se usan comúnmente incluyen misoprostol (Cytotec®) y dinoprostona (también conocida como Cervidil®, prepidil, prostin E2, o dinoprostol).

16. ¿La paciente experimentó alguna complicación? Sí No
(De ser así, usted está obligado a completar el formato 1891a que se encuentra aquí: www.ncdhhs.gov/ncdhhs-abortion-complications-reporting-supplement-1891a-spanish/download?attachment)
17. ¿La paciente regresó a una visita de seguimiento por un aborto médico? Sí No N/A
18. Si NO, ¿qué esfuerzos se hicieron para motivar a la paciente a regresar a una cita de seguimiento?
 Llamada telefónica o mensaje de voz Mensaje de texto Correo electrónico
 Mensaje por el Portal del Paciente Otro: _____
19. Fecha de cita de seguimiento, si corresponde (MM/DD/AAAA): ____ / ____ / ____
20. ¿Se había finalizado el aborto en ese momento? Sí No N/A

_ Firma del médico que administró el medicamento abortivo o llevó a cabo el aborto quirúrgico Fecha

Propósito: Para cumplir con la ley de sesión 2013-14, el Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHHS, por sus siglas en inglés), de Carolina del Norte, recolecta información específica de acuerdo con la ley. Los datos incluidos en el informe tendrán únicamente fines estadísticos y deberá protegerse la confidencialidad de la relación con la paciente. Por ley, un informe completo bajo esta sección no debe incluir el nombre de la mujer, ni cualquier identificador común de la mujer, ni cualquier otra información que haga posible identificar a la mujer.

Distribución: Es responsabilidad del establecimiento asegurarse que se entreguen los documentos de informe de todos los casos de aborto que se lleven a cabo y que coincidan con el número de casos reportados a la División de Regulación de Servicios Sociales (DHSR, por sus siglas en inglés), del Departamento de Salud y Servicios Sociales, para renovar la licencia. La información requerida debe ser transmitida por un medio que permita al establecimiento rastrear el paquete para asegurar que el DHHS lo haya recibido. La información completa del reporte debe ser presentada dentro de 15 días después de uno de los siguientes (i) la fecha de la cita de seguimiento después de haber tenido un aborto, (ii) la fecha de la última cita para tratamiento directamente relacionado con un aborto quirúrgico, o (iii) a fin de mes en el que ocurrió la última cita programada; cualquiera que haya ocurrida más tarde. El reporte completo de una menor debe ser enviado a la División de Servicios Sociales del departamento dentro de los treinta días de haber ocurrido el aborto médico o quirúrgico. Envíe la información completa a:

State Center for Health Statistics
1908 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1900

Si su establecimiento está interesado en crear un sistema para transferir expedientes de manera segura para sus informes, por favor póngase en contacto con: SCHS.reporting@dhhs.nc.gov

En el caso de una menor, una copia de esta información debe ser enviada a la División de Servicios Sociales. NCSSS_abortionreport@dhhs.nc.gov

Suministros adicionales: Disponibles en www.ncdhhs.gov/reprohealth

Puede ordenar más formularios en:
State Center for Health Statistics
1908 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1900
Teléfono: (919) 733-4728

CONFIDENTIAL INDUCED ABORTION CASE REPORT

SL 2023-14 Abortion Complication Supplement

1. **Date presented for complication:** (MM/DD/CCYY): ____/____/____

2. **Specific reportable complication** (as defined by § 90-21.81)

- Uterine perforation
- Cervical laceration
- Infection
- Bleeding or vaginal bleeding that qualifies as a Grade 2 or higher adverse event according to the Common Terminology Criteria of Adverse Events
- Pulmonary embolism
- Deep vein thrombosis
- Failure to actually terminate the pregnancy
- Incomplete abortion due to retained tissue
- Pelvic inflammatory disease
- Endometritis
- Missed ectopic pregnancy
- Cardiac arrest
- Respiratory arrest
- Renal failure
- Shock
- Amniotic fluid embolism
- Coma
- Free fluid in abdomen
- Allergic reactions to anesthesia and abortion-inducing drugs*
- Psychological complications as described by the most recent edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
- Other: _____

** If a patient has an adverse event related to the administration, dispensing, or prescription of an abortion-inducing drug for the purpose of inducing an abortion, the physician who provided the abortion-inducing drug or the physician who diagnosed or treated the woman for the adverse event shall provide a written report of the adverse event within three days of the adverse event to the Food and Drug Administration through the MedWatch Reporting System and to the NC Department of Health and Human Services.*

3. **Pertinent ICD-10 diagnosis code(s)** (include any physical or psychological condition, which, in the reasonable medical judgement of a physician or health care provider, arose as a primary or secondary result of an induced abortion): _____

4. **Estimated amount of money billed to cover the treatment for specific complication(s)**
(this could include hospital charges, emergency department visits, prescriptions or other medications, laboratory tests, any other costs): _____

5. **Treatment for the above complication was billed to:**

- Medicaid
- Private Insurance
- Private Pay
- Other: _____

6. **If known, did the patient obtain abortion-inducing drugs as a mail order or from an internet website?** (§ 90-21.93)

- Yes. If yes, list name of source, website or URL, telemedicine provider. _____
- No
- Unknown

Purpose: To comply with Session Law 2013-14, the North Carolina Department of Health and Human Services to collect specific data as defined in the law. The reports will be for statistical purposes only and the confidentiality of the patient relationship shall be protected. Per law, a report completed under this section shall not contain the woman's name, any common identifiers of the woman, or any other information that would make it possible to identify the woman.

Distribution: It is the responsibility of the facility to ensure that all complication information is submitted when relevant. Required information should be transmitted via a means that will allow the facility to track the packages to ensure receipt by DHHS. If a patient has an adverse event or complication related to a medical or surgical abortion, the information on this form shall be transmitted to the Department within 15 days of the end of the month that the adverse event or complication occurred. A report completed for a minor shall be sent to the Department and the Division of Social Services within three days of the surgical or medical abortion. Send completed information to:

State Center for Health Statistics
1908 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1900

If your facility is interested in setting up secure file transfer for reporting, please reach out to:
SCHS.reporting@dhhs.nc.gov

In the case of a minor, a copy of this information should be sent to the Division of Social Services at
NCDSS_abortionreport@dhhs.nc.gov

Additional Supplies: Available at www.ncdhhs.gov/reprohealth

Or Order forms from:

State Center for Health Statistics
1908 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1900
Phone: (919) 733-4728

INFORME CONFIDENCIAL DE CASO DE ABORTO INDUCIDO

Ley de sesión 2023-14 Suplemento de complicaciones del aborto

1. Fecha en la que se presentó por la complicación: (MM/DD/AAAA): ____/____/____

2. Complicación específica para reportar (como lo define la ley § 90-21.81)

- Perforación uterina
- Laceración cervical
- Infección
- Sangrado o sangrado vaginal que califique como un evento adverso de grado 2 o más, de acuerdo a los criterios de terminología común para eventos adversos
- Embolia pulmonar
- Trombosis venosa profunda
- Fracaso en el intento de interrupción del embarazo
- Aborto incompleto a causa de retención de tejidos
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Endometritis
- Embarazo ectópico no detectado
- Paro cardíaco
- Paro respiratorio
- Insuficiencia renal
- Choque
- Embolia de líquido amniótico
- Coma
- Líquido libre dentro del abdomen
- Reacciones alérgicas a la anestesia y drogas abortivas*
- Complicaciones psicológicas como las descritas en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés)
- Otro: _____

** Si la paciente tiene un evento adverso relacionado a la administración, distribución o prescripción de alguna droga abortiva, con el propósito de inducir un aborto, el médico que suministró la droga abortiva, el médico que diagnosticó, o el médico que atendió a la mujer que tuvo un evento adverso, debe entregar un informe escrito del evento adverso a la Administración de Drogas y Alimentos por medio del sistema de informes MedWatch, y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte, dentro de los tres días de haber ocurrido el evento.*

3. Código(s) de diagnóstico pertinente(s) ICD-10 (incluya cualquier afección física o psicológica, la cual, dentro del juicio razonable de un médico o proveedor de servicios médicos, haya sido el resultado directo o secundario de un aborto inducido):

4. **Monto aproximado de dinero facturado para cubrir el tratamiento de la complicación(es) específica(s)** (*esto podría incluir cargos del hospital, visitas a la sala de emergencias, recetas u otros medicamentos, pruebas de laboratorio, cualquier otro costo*):
-

5. **La factura para el tratamiento de la complicación mencionada anteriormente fue enviada a:**

Medicaid

Seguro médico privado

Pago privado

Otro: _____

6. **¿Usted sabe si la paciente obtuvo las drogas abortivas por correo o de una página web?** (§ 90-21.93)

Sí. De ser así, incluya el nombre del proveedor, sitio web o dirección URL, o proveedor de telemedicina. _____

No

Lo desconozco

Propósito: Para cumplir con la ley de sesión 2013-14, el Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHHS, por sus siglas en inglés), de Carolina del Norte, recolecta información específica de acuerdo con la ley. Los datos incluidos en el informe tendrán únicamente fines estadísticos y deberá protegerse la confidencialidad de la relación con la paciente. Por ley, un informe completo bajo esta sección no debe incluir el nombre de la mujer, ni cualquier identificador común de la mujer, ni cualquier otra información que haga posible identificar a la mujer.

Distribución: Es responsabilidad del establecimiento asegurarse que toda la información de la complicación sea presentada en cuanto sea relevante. La información requerida debe ser transmitida por un medio que permita al establecimiento rastrear el paquete para asegurar que el DHHS lo haya recibido. Si la paciente tiene una complicación relacionada a un aborto médico o quirúrgico, la información en este formato debe ser transmitida al departamento dentro de los 15 días antes del fin de mes en el que ocurrió el evento adverso. EL reporte completo de una menor debe ser enviado a la División de Servicios Sociales del departamento dentro de los tres días de haber ocurrido el aborto médico o quirúrgico. Envíe la información completa a:

State Center for Health Statistics
1908 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1900

Si su establecimiento está interesado en crear un sistema para transferir expedientes de manera segura para sus informes, por favor póngase en contacto con: SCHS.reporting@dhhs.nc.gov

En el caso de una menor, una copia de esta información debe ser enviada a la División de Servicios Sociales. NCDSS_abortionreport@dhhs.nc.gov

Suministros adicionales: Disponibles en www.ncdhhs.gov/reprohealth

Puede ordenar más formularios en:

State Center for Health Statistics
1908 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1900
Teléfono: (919) 733-4728