

☐ St. Petersburg Woman's  
Health Center, Inc.  
3401 - 66th Street North  
St. Petersburg, Florida 33710  
Phone: (727) 381-6620

☐ Tampa Woman's  
Health Center, Inc.  
2010 E. Fletcher Ave.  
Tampa, Florida 33612  
Phone: (813) 977-6176

☐ Bread and Roses  
Woman's Health Center  
1560 S. Highland Avenue  
Clearwater, Florida 33756  
Phone: (727) 446-2690  
Emergency: (727) 562-6796

## MEMBERS: NATIONAL ABORTION FEDERATION

### CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE ANESTECIA Y OTROS SERVICIOS MEDICOS

Yo, \_\_\_\_\_, edad \_\_\_\_\_, heche la decision de terminar mi embarazo por aborto ☐ bajo ☐ IV (en la vena). Yo autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ y sus asistentes para realizar este procedimiento y doy mi permiso al Dr. para usar un juzgado profesional, si una condicion imprevista puede aparecerse durante el aborto. Entiendo que es necesario para mi tener un procedimiento adicional que no se haya discutido, incluyendo pero no limitado la anastecia y los procedimientos quirurgicos.

**Por favor marcar en la linea de la Izquierda del párrafo que usted ha leído comprendido y entendido la información:**

\_\_\_ Entiendo completamente que el proposito de este aborto es para terminar mi embarazo. Yo se que puedo continuar con el embarazo hasta su último termino, pero es mi decisión personal de terminarlo ahora, nadie me ha forzado hacer esta decisión,

\_\_\_ El Dr. y los miembros del Centro han tomado el tiempo para explicarme los riesgos relacionados de tener un aborto, alguno de esos son perforaciones uterinas, daño al cervix, hemorragia, reaccion a la anastecia general, infecciones y retenimiento a la placenta.

\_\_\_ He entendido que los resultados de la examinacion pelvica, no son siempre exactos y la fecha de mi ultimo periodo menstrual, es importante para mi tratamiento, mi ultimo periodo menstrual normal comenzo en mes y fecha. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.  
Mes Dia

\_\_\_ Le he dado al Centro mi completa historia médica pasada y presente, incluyendo alergias, condiciones sanguineas, medicamentos o drogas tomadas, hospitalizaciones y reacciones que he tenido, con pastillas para el dolor o otras drogas.

\_\_\_ Estoy de acuerdo de tener una anestecia general, pastillas para el dolor y medicaciones dadas a mi como recomendacion de mi doctor o asistente, excepto por las siguientes drogas o medicaciones de las cuales soy alergica \_\_\_\_\_.

\_\_\_ He entendido que hay un riesgo de tener una reaccion negativa de la anestecia general o otras medicaciones usadas durante el aborto.

\_\_\_ Doy mi consentimiento para pruebas de sangre, zonogramas y procedimientos que mis asistentes médicos encuentren necesario o recomendable en el momento cue estoy siendo tratada para una determinacion del embarazo o algunas complicaciones resultantes. Esos procedimientos no necesariamente pueden estar relacionados, hasta ahora yo entiendo que yo voy a ser reponsable por los costos de estos procedimientos.

## CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE ANESTECIA Y OTROS SERVICIOS MEDICOS

***For favor escriba sus iniciales a la izquierda de cada párrafo que usted ha leído y comprendido toda la informacion.***

\_\_\_ He entendido que si alguna complicacion mayor aparece tengo que ser hospitalizada y puede requerir una mayor o menor cirugia para proteger mi salud. Doy permiso para cualquier tratamiento de emergencia y acepto la responsabilidad para todos los gastos, resultado de cualauier tratamiento medico adicional.

\_\_\_ Autorizo al Centro o al Dr. de disponer de cualquier placenta o partes removidades durante el aborto de acuerdo con el standar médico y las leyes del estado.

\_\_\_ Estoy de acuerdo en regresar al Centre, de 2 a 4 semanas despues del aborto para una examinacion necesaria y para que el progreso de mi recuperacion pueda ser controlado. He entendido que el Dr. no tiene de ninguna manera garantizado los resultados de este aborto.

\_\_\_ He sido recomendada por mi Dr. enfermera y asistente hacer cualquier pregunta que yo pueda tener, y yo hare cualquier pregunta al Centro antes de salir de alli. Despues des salir del Centro estoy de acuerdo con llamar al Centro con cualquier pregunta o preocupacion inmedita antes de llamar a otro Dr. o facilidad medica.

\_\_\_ He entendido que un problema medico, puede ser encontrado cuando los resultados del laboratorio esten completos y yo ☐ acepto ☐ no acepto ser contactada en mi casa.

**He leído y comprendido completamente la forma de "CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE ANESTECIA Y OTROS SERVICIOS MEDICOS" y he comprendido completamente la informacion que me han dado a cerca del procedimiento.**

Paciente \_\_\_\_\_ Testigos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Pariente o guardian legal \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE INFORMACION

Mi numero telefonica de mi casa es: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Mi numero telefonico de mi trabajo es: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Usted puede deja un mensaje para mi con \_\_\_\_\_

a las ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Usted puede escribirme en: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Si esta no es us direccion permenente, escriba el nombre de la persona que vive aqui. \_\_\_\_\_