DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DE MASSACHUSETTS

Formulario de consentimiento de Aborto con medicamentos.

NOMBRE DEL CENTRO

NOMBRE DE LA PACIENTE *(en letra de molde)*	IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE NÚMERO *(uso exclusivo de la oficina)*

La ley de Massachusetts le solicita que firme este formulario de consentimiento informado preparado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH).

Al firmar con mi nombre abajo, confirmo que leí, comprendí y estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones:

- Doy mi consentimiento a un aborto con medicamentos, el cual terminará con mi embarazo.
- Entiendo que tomaré dos medicamentos: mifepristona y misoprostol. La mifepristona y el misoprostol interrumpirán mi embarazo y vaciarán mi útero. Los medicamentos causarán fuertes calambres y sangrado.
- Los efectos secundarios esperados de un aborto con medicamentos incluyen calambres, fiebre, malestar estomacal, náuseas o diarrea. Un sangrado leve puede durar dos semanas o más.
- Entiendo que las siguientes complicaciones son poco frecuentes:
  - fiebre, dolor o malestar, debilidad, náuseas, vómitos o diarrea más de 24 horas después de haber tomado el segundo medicamento, que puede ser causado por una infección;
  - el embarazo o parte del embarazo puede haber quedado en mi útero;
  - sangrado abundante que requeriría una transfusión de sangre;
  - reacciones a los medicamentos como desmayos, dolores de cabeza, sensación de mareo o sensación de debilidad;
  - infección grave o la muerte (lo que sucede en menos de 1 de 100,000 abortos y es 10 veces menor que la tasa de muerte por parto).
- Tengo un plan con mi proveedor de atención médica para confirmar que el embarazo haya terminado.
- Tuve la oportunidad de hacer preguntas y hablar sobre mis preocupaciones con mi proveedor de atención médica.

FIRMA DE LA PACIENTE	FECHA
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR *(si al paciente es menor de 16 años y nunca ha estado casada)*	FECHA

☐ Se obtuvo autorización del tribunal.

Este formulario debe mantenerlo únicamente el centro médico como parte de su expediente médico confidencial.

Formulario de Consentimiento de Aborto con medicamentos de MDPH; última revisión en 2022. Este formulario de consentimiento está disponible en varios idiomas hablados comúnmente en Massachusetts. Envíe correo electrónico a dph-abconsents@mass.gov para solicitar idiomas adicionales.