

**Proveedores de atención médica:** *Asesorar al paciente sobre los riesgos de mifepristona. Tanto usted como el paciente deben firmar este formulario.*

**Acuerdo del Paciente:**

1. He decidido tomar mifepristona y misoprostol para poner fin a mi embarazo y seguiré el consejo de mi proveedor sobre cuándo tomar cada medicamento y qué hacer en caso de una emergencia.
2. Entiendo:
  - a. Tomaré mifepristona el Día 1.
  - b. Mi proveedor me dará o recetará tabletas de misoprostol, las cuales tomaré entre 24 a 48 horas después de tomar mifepristona.
3. Mi proveedor ha hablado conmigo sobre los riesgos, incluyendo:
  - sangrado profuso
  - infección
  - embarazo ectópico (un embarazo fuera del útero)
4. Me comunicaré con la clínica/el consultorio de inmediato si durante los días del tratamiento tengo:
  - fiebre de 100.4 °F o superior que dura más de cuatro horas
  - dolor severo en el área estomacal (abdominal)
  - sangrado profuso (empapado de dos almohadillas sanitarias gruesas grandes por hora durante dos horas consecutivas)
  - dolor de estómago o malestar, o “sentirme enferma”, incluyendo debilidad, náuseas, vómitos o diarrea, durante más de 24 horas después de tomar misoprostol
5. Mi proveedor de atención médica me ha dicho que estos síntomas podrían requerir atención de emergencia. Si no puedo acudir a la clínica o consultorio de inmediato, mi proveedor de atención médica me ha informado sobre a quién llamar y qué hacer.
6. Debo hacer un seguimiento con mi proveedor de atención médica alrededor de 7 a 14 días después de tomar mifepristona para asegurarme de que mi embarazo ha llegado a su fin y de que estoy bien.
7. Soy consciente de que el tratamiento no funcionará en algunos casos. Esto sucede en alrededor de 2 a 7 de cada 100 mujeres que utilizan este tratamiento. Si mi embarazo continúa después del tratamiento con mifepristona y misoprostol, hablaré con mi proveedor sobre un procedimiento quirúrgico para poner fin a mi embarazo.
8. Si necesito un procedimiento quirúrgico porque los medicamentos no pusieron fin a mi embarazo o para detener el sangrado profuso, mi proveedor de atención médica me ha dicho que me hará un procedimiento o me derivará a otro proveedor de atención médica encargado de llevarlo a cabo.
9. Tengo la GUÍA DEL MEDICAMENTO para mifepristona. La llevaré conmigo si visito una sala de emergencias o un proveedor de atención médica que no me dio mifepristona de manera que puedan entender que me estoy sometiendo a un aborto médico con mifepristona.
10. Mi proveedor de atención médica ha respondido a todas mis preguntas.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(en letra de molde)

*El paciente firmó el ACUERDO DEL PACIENTE en mi presencia después de haberla asesorada y de haber respondido a todas sus preguntas. Le he entregado la GUÍA DEL MEDICAMENTO para mifepristona.*

**Firma del proveedor:** \_\_\_\_\_ **Nombre del proveedor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(en letra de molde)

*Después de que el paciente y el proveedor firmen este ACUERDO DEL PACIENTE, entregarle 1 copia al paciente antes de que abandone el consultorio y colocar 1 copia en su expediente médico.*