

**Proveedores de atención médica:** *asesorar a la paciente sobre los riesgos de la mifepristona. Tanto usted como la paciente deben firmar este formulario.*

**Acuerdo de la paciente:**

1. He decidido tomar mifepristona y misoprostol para interrumpir mi embarazo y seguiré los consejos de mi proveedor sobre cuándo tomar cada medicamento y qué hacer en caso de emergencia.
2. Entiendo:
  - a. Tomaré mifepristona el día 1.
  - b. Mi proveedor me dará o me recetará las tabletas de misoprostol, que tomaré de 24 a 48 horas después de tomar mifepristona.
3. Mi proveedor de atención médica ha hablado conmigo sobre los riesgos, que incluyen:
  - sangrado abundante
  - infección
  - embarazo ectópico (un embarazo fuera del útero)
4. Me pondré en contacto con la clínica o el consultorio de inmediato si en los días posteriores al tratamiento tengo:
  - fiebre de 100,4°F o más que dura más de cuatro horas
  - dolor severo en el área del estómago (abdominal)
  - sangrado abundante (que empapa dos toallas sanitarias gruesas de tamaño normal por hora durante dos horas seguidas)
  - dolor o malestar estomacal, o “me siento mal”, lo que incluye debilidad, náuseas, vómitos o diarrea, 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 comunicarme con la clínica o el consultorio de inmediato, mi proveedor de atención médica me ha dicho a quién debo llamar y qué debo hacer.
6. Debo hacer un seguimiento con mi proveedor de atención médica entre 7 y 14 días después de tomar mifepristona para asegurarme de que mi embarazo ha sido interrumpido y que estoy bien.
7. Sé que, en algunos casos, el tratamiento no funcionará. Esto sucede en aproximadamente 2 a 7 de cada 100 mujeres que usan este tratamiento. Si mi embarazo continúa después del tratamiento con mifepristona y misoprostol, hablaré con mi proveedor sobre un procedimiento quirúrgico para interrumpir mi embarazo.
8. Si necesito un procedimiento quirúrgico porque los medicamentos no interrumpieron mi embarazo o para detener el sangrado abundante, mi proveedor de atención médica me ha dicho si realizará el procedimiento o si me remitirá a otro proveedor de atención médica que lo hará.
9. Tengo la GUÍA DE MEDICAMENTOS para mifepristona. La llevaré conmigo si acudo a una sala de emergencias o a un proveedor de atención médica que no me haya administrado mifepristona para que entiendan que me estoy sometiendo a un aborto médico con mifepristona.
10. Mi proveedor de atención médica ha respondido todas mis preguntas.

**Firma de la paciente:** \_\_\_\_\_ **Nombre de la paciente (en letra de molde):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

*La paciente firmó el ACUERDO DE LA PACIENTE en mi presencia después de que la asesorara y respondiera todas las preguntas. Le he dado a la paciente la GUÍA DE MEDICAMENTOS para mifepristona.*

**Firma del proveedor:** \_\_\_\_\_ **Nombre del proveedor (en letra de molde):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

*Después de que la paciente y el proveedor firmen este ACUERDO DE LA PACIENTE, entregue 1 copia a la paciente antes de que salga del consultorio y coloque 1 copia en el expediente médico.*