

Riverside County Regional Medical Center – Departamento de Emergencias
Instrucciones de Alta para Adultos y Adolescentes Después de un Examen Forense por Agresión

Lea y Siga las Instrucciones de esta Hoja Cuidadosamente

Muestre esta hoja al personal de recepción en la Clínica Médica Familiar cuando regrese a su consulta de seguimiento.

Se le realizaron los siguientes análisis hoy:

Embarazo: _____ VIH: _____ Otro: _____

Se le proporcionaron los siguientes tratamientos hoy:

_____ Ciprofloxacina 500mg— para evitar y tratar la gonorrea _____ Azitromicina 1g — para evitar y tratar la clamidia
_____ Compacina 10mg— para evitar y tratar náuseas y vómitos _____ Plan B— para evitar el embarazo
_____ Vacuna Hepatitis B— para evitar la Hepatitis B _____ Otro: _____

Deberá acudir a una consulta de seguimiento con un médico durante las próximas 2 semanas. Puede consultar a su médico particular o nuestra Clínica Médica Familiar. Si opta por seguimiento en nuestra clínica, por favor siga las instrucciones proporcionadas. No hay cobro alguno por consulta de seguimiento en nuestra clínica.

Consentimiento para el Uso de Anticoncepción de Emergencia

Última menstruación normal _____ Prueba de Embarazo Negativa _____

- El riesgo de embarazo a consecuencia de relaciones sexuales casuales sin protección está entre un 2% hasta un 30%, dependiendo de la etapa de su ciclo menstrual, fertilidad en el pasado y si hubo o no eyaculación adentro de la vagina.
- Si tengo o alguna vez tuve cualquiera de los siguientes padecimientos, no debo de tomar este medicamento: Coágulos sanguíneos en las piernas o pulmones, ataque al corazón o embolia, cáncer conocido o sospechado en el seno u órganos sexuales, sangrado vaginal inusual no diagnosticado, angina de pecho.
- Entiendo que la Anticoncepción de Emergencia es para protección por una sola vez, y debe tomarse dentro de 72 horas después de relaciones sexuales vaginales sin protección. No es un método primario de anticoncepción.
- Entiendo que este tratamiento no es 100% eficaz para evitar un embarazo.
- Entiendo que si me embarazo como resultado de este episodio de relaciones sexuales sin protección, o si ya estoy embarazada, debo de consultar a un médico por el riesgo que corre el bebé de padecer defectos de nacimiento.
- Entiendo que algunos de los efectos secundarios de tomar estas pastillas son náuseas, vómitos, sensibilidad de senos, sangrado irregular, dolor de cabeza y aumento de peso. Estos son síntomas temporales. Las náuseas suelen ser leves y se desaparecen aproximadamente un día después del tratamiento.
- Entiendo que mi próxima menstruación podría ser irregular.
- He leído y entiendo la antedicha información, y consiento en tratamiento con Anticoncepción de Emergencia como un intento para evitar un embarazo.

Firma _____ Testigo _____

Recibirá los siguientes medicamentos, los cuales deben ser tomados a las _____:
_____ Metronidazola 2g — para evitar y tratar tricomoniasis _____ Plan B una tableta—para evitar embarazo
_____ Compacina 10mg— para evitar y tratar náuseas y vómitos _____ Otro: _____

- Si tiene dolor abdominal intenso, dolor de pecho, falta de respiración, desecho vaginal o cualquier preocupación de la salud, debe consultar a un médico de inmediato.
- Si se le ha dicho que tiene traumatismo vaginal, puede tomar baños de asiento según lo requiera.

Se me ha dado una copia de estas instrucciones. He leído y entiendo mis instrucciones.

Firma del paciente: _____ Tutor: _____ Parentesco: _____
Enfermera Examinadora: _____ Fecha: _____