

# Formulario para la evaluación de la usuaria

**Nombre de la usuaria** \_\_\_\_\_

**Número de ID** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_

**Indicación para el aborto**

**Historia obstétrica:** G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_

Núm. de partos vaginales \_\_\_\_\_

Núm. de partos por cesárea \_\_\_\_\_

¿Embarazo ectópico? \_\_\_\_\_

¿Complicaciones relacionadas con embarazos anteriores? \_\_\_\_\_

**Otras cirugías:** \_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Historia clínica:** \_\_\_\_\_

Sistema corporal	Marcar (√) si sí	Diagnóstico
Respiratorio (p. ej. asma)		
Cardiovascular (p. ej. hipertensión)		
Hepático		
Endocrino y metabólico (p. ej. diabetes)		
Genitourinario (además de embarazos o esterilización)		
Psiquiátrico		
Hematológico/linfático (p. ej. coagulopatía y/o anemia)		
Otro		

**Examen físico:** TA \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_

Corazón:	Examen pélvico:
Pulmones:	Otro:
Abdomen:	

**Labs:** Hb/Hct (no obligatorio) \_\_\_\_\_ Rh (no obligatorio) \_\_\_\_\_

**Determinación de la edad gestacional:**

FUM \_\_\_\_\_ Tamaño uterino \_\_\_\_\_ Altura del fondo uterino \_\_\_\_\_

Prueba de embarazo positiva y fecha (no obligatorio/si aplicable) \_\_\_\_\_

Fecha aproximada de aceleración (si aplicable) \_\_\_\_\_

Ultrasonido (si disponible): Fecha \_\_\_\_\_ Edad gestacional \_\_\_\_\_ Edad gestacional hoy \_\_\_\_\_

**Edad gestacional aprox. hoy** \_\_\_\_\_

**Otro:**

Anticoncepción planificada \_\_\_\_\_

¿Necesita Rhogam (si aplicable) ?      Sí ☐    No ☐

Consentimiento informado revisado    Sí ☐    No ☐

Se administró mifepristona 200mg VO: Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Regreso al hospital: Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Nombre del prestador de servicios (en letra de molde) \_\_\_\_\_