

Instrucciones del alta

Hay diversos apoyos disponibles para los supervivientes. No está solo/a. La experiencia que ha pasado y debido a la cual está aquí puede ser traumática. Es importante que no se culpe a sí mismo/a, que tome el tiempo que necesite, y que acceda a los recursos disponibles para la recuperación, ya que cada experiencia es diferente.

A continuación se:

- Indicarán las intervenciones médico-forenses de su primera visita.
- Proporcionará información sobre la atención de seguimiento
- Ofrecerán recursos para ayudarle en su recuperación.

Atención al paciente:

Fue atendido/a en: _____ el día _____
 (Ubicación) (Fecha)

Le atendió: _____
 (Nombre del profesional de la salud)

Análisis de laboratorio:

No indicado

Rechazado

Muestra para prueba de clamidia:	Vaginal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Oral: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Muestra para prueba de gonorrea:	Vaginal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Oral: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Muestra para cultivo vaginal:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Muestra de orina tomada para clamidia/gonorrea:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Muestra de orina tomada para prueba de embarazo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Muestras de sangre (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> CBC (hemograma completo)
<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Creatinina
<input type="checkbox"/> Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	<input type="checkbox"/> Pruebas de función hepática
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Prueba de embarazo

Prueba de alcohol/drogas: Orina Sangre

Otros: _____

Podría ser necesario repetir algunos de los análisis de laboratorio realizados hoy. Esto se detallará durante la cita de seguimiento.

Documentación sobre la lesión:

No indicado

Rechazado

Hoy ha sido examinado/a por sus lesiones. Esto se ha:

Quedado documentado en su historia clínica.

Fotografiado y guardado en su historia clínica.

Se recomienda que visite a la enfermera encargada del seguimiento en un plazo de entre 2 y 4 días para la redocumentación de las lesiones.

Prevención del embarazo:

No indicado

Rechazado

Se recomienda que se realice una prueba de embarazo en dos (2) semanas si no tomó hoy el anticonceptivo de emergencia. Debería hacer un seguimiento de la prueba de embarazo si tiene una falta en su próximo período.

Hoy ha recibido el anticonceptivo de emergencia.

Instrucciones del alta con la píldora del día después (Plan B)

¿Qué es la píldora del día después (Plan B, en inglés)? La píldora del día después (levonorgestrel) es un anticonceptivo de emergencia. Dependiendo del momento de su ciclo, actúa para retrasar o evitar la ovulación.

Efectos secundarios comunes: náuseas, dolor abdominal, cansancio, dolor de cabeza, vómitos y alteración del ciclo menstrual. También puede presentar algo de manchado varios días después de tomar esta píldora. La mayoría de las veces su próximo periodo menstrual vendrá en el momento previsto.

Si utiliza un método anticonceptivo, siga usándolo de forma habitual.

Instrucciones del alta con Ulipristal (Ella)

¿Qué es el Ulipristal (Ella, en inglés)? El acetato de ulipristal (Ella) es un anticonceptivo de emergencia. Funciona al evitar o retrasar la liberación de un óvulo del ovario. El acetato de ulipristal también puede hacer que sea más difícil que el óvulo fecundado se implante en el útero.

Debe esperar al menos 5 días después de tomar el Ulipristal antes de empezar a tomar métodos anticonceptivos hormonales (la píldora, inyecciones, implantes, parches o anillos

vaginales). Tanto el Ulipristal como los métodos anticonceptivos hormonales pueden tener menos efectividad si se usan al mismo tiempo. Puede utilizar un método anticonceptivo de barrera hasta que su anticonceptivo hormonal entre en efecto.

Efectos secundarios comunes: dolor de cabeza, náuseas, vértigo, dolor abdominal y cansancio.

Prevención de la hepatitis B:

No indicado

Rechazado

Indicado y:

Ha recibido la inmunoglobulina antihepatitis B (HBIG).

Hoy ha recibido la primera dosis de la vacuna contra la hepatitis B.

Cronograma de la serie de vacunas:

La segunda dosis de la vacuna se debe administrar en 1 mes

La tercera dosis de la vacuna se debe administrar en 6 meses

Hoy **NO** recibió la vacuna contra la hepatitis B ya que usted decidió esperar y comprobar si es inmune. Usted contactará con nuestro equipo en caso de necesitar la vacuna.

Hoy **NO** recibió la vacuna contra la hepatitis B porque ya fue inmunizado/a previamente, y conoce su nivel de protección inmunitaria.

Hoy **NO** recibió la vacuna contra la hepatitis B **Y** no fue inmunizado/a previamente, y debe contactar con su profesional de la salud para comenzar la serie de 3 dosis.

Medicamento (profilaxis) postexposición contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH):

No indicado

Indicado:

Usted **RECIBIÓ** la profilaxis postexposición contra el VIH y en _____
(Días)

debe contactar con _____
(Nombre del proveedor/Clinica)

Medicamento suministrado:

(Nombre del medicamento)

(Dosis)

(Cantidad suministrada)

Usted **NO** recibió la profilaxis posexposición contra el VIH porque la rechazó.

Asesoramiento y prueba del VIH:

- Se recomienda hacerse la prueba de seguimiento del VIH entre 4-6 semanas y 4 meses.
- Mientras esté tomando la profilaxix posexposición contra el VIH, se recomienda el uso de preservativos durante las relaciones sexuales.
- Evite quedarse embarazada mientras esté tomando la profilaxix posexposición contra el VIH. Si tiene cualquier preocupación, por favor, consulte a su profesional de la salud.

Tratamiento para las infecciones de transmisión sexual:

No indicado

Rechazado

Usted **NO** recibió un tratamiento contra las infecciones de transmisión sexual.

Indicado y:

Usted **RECIBIÓ** tratamiento contra las infecciones de transmisión sexual y en _____ debe contactar con _____.
(Días) (Nombre del proveedor/Clínica)

Medicamento suministrado:

(Nombre del medicamento) (Dosis) (Cantidad suministrada)

Usted **NO** recibió un tratamiento profiláctico ya que decidió esperar los resultados de las pruebas antes de tomar antibióticos.

Atención de seguimiento:

Usted tiene una cita de seguimiento con _____ el día _____ a la(s) _____.
(Nombre del proveedor/Clínica) (Fecha) (Hora)

En los próximos días, la enfermera encargada del seguimiento se pondrá en contacto con usted para programar una cita

Sírvase llamar al _____ para programar una cita
(Número de teléfono)

Apoyo y recursos adicionales:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Observaciones:

Participación policial:

La policía **NO** está involucrada

La policía **SÍ** está involucrada

Número de incidente:

Nombre del agente de policía/ Número de placa:

Kit para la toma de muestras en la investigación de un delito sexual (SAEK, por sus siglas en inglés):

NO se tomó la muestra de SAEK

SÍ se tomó la muestra de SAEK:

La muestra de SAEK se entregó a la policía

La muestra de SAEK se almacenará en el hospital

Si la muestra de SAEK fue almacenada en el hospital, se guardará hasta el _____ y después de esta fecha podrá destruirse. Por favor, contacte con el centro antes de esta fecha si quiere que su muestra de SAEK se almacene durante más tiempo.