CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA/LEGAL DEL EMBARAZO

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido ..... Fecha Nac ..... Sexo:.....

N° de Afiliado ..... DNI/LC/LE ..... Edad: .....

Domicilio ..... Tel: .....

Mail.....

Requiero formalmente la interrupción del embarazo, en los términos de la Ley Nacional N° 27.610. A los fines referidos manifiesto expresamente:

1) Que he recibido información en un lenguaje claro y sencillo sobre los diferentes métodos mediante los cuales puede llevarse a cabo la interrupción de este embarazo por su edad gestacional –incluido el aborto medicamentoso-, sobre la naturaleza e implicancias que tiene cada una de ellos sobre mi salud, sobre las características de cada uno de los procedimientos disponibles, sus riesgos, beneficios y consecuencias.

2) Que he entendido la información que se me ha dado.

3) Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente.

4) Que conforme a lo explicado, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en la localidad de.....a los días..... del mes de..... .

Datos de la/el representante legal o allegado/a o sistema de apoyo (de corresponder) Señalar lo que corresponda:
Persona menor de 13 años

Adolescentes de entre 13 y 16 años si el procedimiento pone en riesgo grave su salud o su vida
Personas con sentencia judicial firme vigente de incapacidad o restricción de la capacidad para toma decisiones vinculadas al cuidado de su salud

Nombre y apellido:

Documento: Mail:

Domicilio: Provincia : Localidad:

Firma de la/el representante legal o allegado o sistema de apoyo:

Firma del o de las/los profesionales médicos:

Matrícula Nº:

MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido ..... Teléfono .....

Domicilio .....

Horario de Consulta .....Teléfono Móvil .....

M.N° ..... M.P° ..... Mail .....

..... Fecha ..... /..... / 20.....

Firma/Sello Profesional

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la persona interesada.