

Consentimiento Informado de Interrupción Voluntario de Embarazo. Interrupción Legal de Embarazo

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO LEY 27.610

DATOS DE LA NIÑA, ADOLESCENTE, MUJER O PERSONA CON CAPACIDAD DE GESTAR

Nombre y apellido: _____

Documento (tipo y N°): _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento: // _____

Fecha de la primera consulta en este servicio de salud: // _____

N° de historia clínica: _____

Confirmando que:

• Recibí información clara, precisa y adecuada de una manera comprensible para mí, sobre:

? los diferentes métodos para interrumpir un embarazo según las semanas de gestación, sobre cómo funcionan, y sobre sus efectos y características, incluyendo sus beneficios, desventajas y riesgos;

? mi derecho a un trato digno, a la privacidad y confidencialidad, a la autonomía de mi voluntad, así como también mi derecho a acceder a información y a recibir atención de calidad (artículo 5, Ley 27.610).

• Entendí la información recibida.

• Tuve la oportunidad de realizar preguntas que fueron aclaradas, y entiendo que puedo realizar todas las preguntas adicionales que me surjan después de firmar este consentimiento.

• Sé que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento antes de iniciar el procedimiento aún cuando haya firmado este consentimiento.

De este modo, de acuerdo con el artículo 4 de la Ley 27.610, consiento libremente a: (señalar lo que corresponda)

Interrumpir voluntariamente este embarazo sin manifestar motivo porque me encuentro dentro de las 14 semanas inclusive de gestación _____

Interrumpir legalmente este embarazo por los siguientes motivos: está en peligro mi salud o mi vida, o por ser un embarazo resultado de violación _____

Firma de la persona gestante _____

Aclaración _____

Día Mes Año // _____

Firma del/a profesional interviniente _____

Aclaración _____

Día Mes Año // _____

Matrícula N° _____

El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante. Debe dejarse constancia o adjuntarse este consentimiento en la historia clínica.

CONSTANCIA DE LA ASISTENCIA DEL/A REFERENTE AFECTIVO O REPRESENTANTE LEGAL

De acuerdo al artículo 8 de la Ley 27.610, en este caso se requiere la asistencia de su progenitor/a, representante legal, referente afectivo, o de una persona que ejerza formal o informalmente roles de cuidado o una persona allegada, debido a que la persona gestante es: (señalar lo que corresponda)

Menor de 13 años de edad _____

Adolescente entre 13 y 16 años de edad y el procedimiento pone en riesgo grave su salud o su vida _____

Firma _____

Aclaración _____

Documento (tipo y N°) _____

Relación con la persona gestante _____

Día Mes Año // _____

CONSTANCIA DE LA ASISTENCIA DE LA PERSONA DE APOYO

De acuerdo al artículo 9 de la Ley 27.610, en este caso se requiere la asistencia del apoyo designado judicial mente, representante

legal o de una persona allegada, debido a que la persona gestante: (señalar lo que corresponda)

Tiene sentencia judicial firme vigente de restricción a la capacidad para tomar decisiones vinculadas a la interrupción del embarazo

—

Ha sido declarada incapaz en los términos del artículo 32 del Código Civil y Comercial de la Nación ___

Firma _____

Aclaración _____

Documento (tipo y N°) _____

Relación con la persona gestante _____

Día Mes Año // _____

El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante. Debe dejarse constancia o adjuntarse este consentimiento en la historia clínica.

DECLARACIÓN JURADA

Datos de la persona declarante (Las personas con discapacidad, al igual que todas las personas, pueden realizar la declaración jurada por sí mismas)

Nombre y apellido: _____

Documento (tipo y N°): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Fecha de nacimiento: // _____

N° de historia clínica: _____

DIGO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente declaración son exactos y completos y MANIFIESTO que el embarazo que curso es producto de una violación.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en la ciudad de a los días del mes de de A los efectos de lo establecido por la normativa vigente (art. 4 Ley 27.610 y 86.a. del Código Penal)

Firma de la persona declarante _____

El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante. Debe dejarse constancia o adjuntarse este consentimiento en la historia clínica.

Fuente: Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.