

Solicitud y Consentimiento Informado Interrupcion Voluntaria/Legal del Embarazo

Datos de la persona declarante

Nombre y Apellido DNI N°

Domicilio Ciudad Provincia

Edad Fecha de Nacimiento N° de Historia Clínica

Requiero formalmente la interrupción del embarazo, en los términos de la Ley Nacional N° 27610. A los fines referidos manifiesto expresamente:

- 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 ellas sobre mi salud, sobre las características de cada uno de los procedimientos disponibles, sus riesgos, beneficios y consecuencias.
- Que he entendido la información que se me ha dado.
- Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente.
- 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 Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los días del mes de del año

Firma Aclaración

Datos de ella 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 de decisiones vinculadas al cuidado de su salud.

Nombre y Apellido DNI N°

Domicilio Ciudad Provincia

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

Firma del /de la Representante Legal Firma del o de las/llos profesionales médicos

Aclaración Aclaración

Matrícula N°

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