

ANEXO 2

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO PARA EL REPRESENTANTE LEGAL EN CASO LA GESTANTE SEA INCAPAZ

NOMBRE: _____

N° de Historia Clínica: _____

Consentimiento informado y autorización de procedimiento para la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas en caso la gestante sea incapaz

Yo _____ **identificada (o) con DNI** _____ (nombre y DNI del representante legal)

Representante legal de _____ (nombre de la gestante y DNI si lo tuviera)

y en ejercicio de mi capacidad de discernimiento, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

El embarazo de mi representada pone en riesgo su vida, o causará un mal grave y permanente en su salud.

La necesidad de una interrupción terapéutica del embarazo de mi representada por indicación médica, es el único medio para salvar su vida o para evitar en su salud un mal grave y permanente.

La decisión de autorizar este procedimiento se hace en ejercicio de mi capacidad de representación legal y absolutamente mía. **Puedo decidir que mi representada no se haga el procedimiento en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud**, esta última decisión no afectará los derechos a cuidados o tratamientos futuros de mi representada.

Los inconvenientes, riesgos y beneficios asociados con esta intervención me han sido explicados. Todas mis preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria.

Se me ha informado que este establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuado para este procedimiento.

Me comprometo a que mi representada siga las indicaciones pre y postoperatorios, asistiendo a los controles posteriores al procedimiento en las fechas que se me indique.

Yo, doy mi consentimiento en nombre de mi representada y por mi propia voluntad a que se le practique un procedimiento para interrumpir el embarazo por razones terapéuticas, debido a (DX:) _____

He recibido una copia de este formulario.

Fecha _____
Mes / Día / Año

Firma del representante legal

Impresión dactilar

Firma y sello de la persona que
brinda la orientación y consejería

Yo _____ con CPM _____ he
verificado al el consentimiento informado y la autorización del procedimiento y declaro procedente la
interrupción terapéutica del embarazo.

Firma y sello de el/la médico/a
tratante