

ANEXO 3

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

NOMBRE: _____

Nº de Historia Clínica: _____

Consentimiento informado y autorización de procedimiento para la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas

Yo _____
identificada con DNI _____, (nombre de la gestante o del representante legal si la usuaria es incapaz) y en ejercicio de mi capacidad de discernimiento, REVOCO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO QUE SUSCRIBÍ Y DESISTO DEL PROCEDIMIENTO QUE YO HABÍA AUTORIZADO.

Declaro además, que he recibido información y comprendido lo siguiente:

Mi embarazo actual (o el de mi representada) pone en serio riesgo mi (su) vida, o causará un mal grave y permanente en mi (su) salud.

Los inconvenientes y graves riesgos asociados a mi (su) gestación me han sido explicados. Todas mis preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria.

La decisión de NO hacerme este procedimiento es absolutamente mía.

Eximo de responsabilidades a los médicos tratantes, sin embargo esta decisión no afectará mis (sus) derechos a cuidados o tratamientos futuros

He recibido una copia de este formulario.

Fecha ____ / ____ / ____
Mes / Día / Año

Firma de usuario

Impresión dactilar