

ANEXO 1

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

Mi embarazo actual pone en riesgo mi vida, o causará un mal grave y permanente en mi salud. La necesidad de una interrupción terapéutica de mi embarazo por indicación médica como único medio para salvar mi vida o para evitar en mi salud un mal grave y permanente.

La decisión de hacerme este procedimiento es absolutamente mía. **Puedo decidir no hacerme el procedimiento en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud**, esta última decisión no afectará mis derechos a cuidados o tratamientos futuros.

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 seguir las indicaciones pre y postoperatorias, asistiendo a los controles posteriores al procedimiento en las fechas que se me indique.

Yo, doy mi consentimiento por mi propia voluntad a que se me practique un procedimiento para interrumpir mi 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