**Datos de identificación del Paciente**

**Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Etnia:** Afrocolombiano \_\_ Indígena \_\_ Mestizo \_\_ Negro \_\_ Palenquero \_\_ Ninguno \_\_

**Población Vulnerable**: Discapacidad Visual\_\_ De Habla\_\_ Mental \_\_auditiva \_\_ Restricciones De Movilidad \_\_ otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ninguno \_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ años de edad, con C.C. (T.I.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por la presente dejo constancia escrita que toda la información dada por mí al personal de la Institución es exacta y verdadera según consta en mi historia clínica y que me encuentro en embarazo con \_\_\_\_\_ semanas de gestación.

Libre y voluntariamente solicito y autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ u\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a llevar a cabo la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) a través de un Tratamiento con Medicamentos; luego de haber tenido la oportunidad de discutir ampliamente las posibilidades que tengo, entre ellas la continuación del embarazo. Mi médico tratante ha practicado los exámenes necesarios, me ha informado detalladamente sobre mi situación y las posibles alternativas de tratamiento y me ha explicado los riesgos de cada una de ellas.

**Beneficios:** **Autonomía reproductiva:** La IVE permite a las mujeres tomar decisiones sobre su propio cuerpo y reproducción.

**Salud materna:** Puede prevenir complicaciones o riesgos para la salud física o mental de la mujer si el embarazo pone en peligro su bienestar.

**Alternativas de atención:** La IVE puede realizarse con medicamentos o quirúrgicamente, con opciones que minimizan el tiempo y los cambios en las actividades de la mujer.

**Riesgos** hemorragias, infecciones, lesiones en el útero y problemas futuros con la fertilidad.

**Consecuencias psicológicas:** Algunas mujeres pueden experimentar ansiedad, depresión u otros problemas psicológicos después de la IVE.

**Alternativas**: **Aborto con medicamentos:** Se utiliza misoprostol u otros medicamentos para inducir el aborto, lo que evita la necesidad de cirugía.

**Aborto quirúrgico:** Incluye procedimientos como la aspiración manual endouterina (AMEU) o el legrado. (no aplica en la institución)

Se me ha informado que la efectividad aproximada de este tratamiento es del 94% y en consecuencia si hay una falla, deberé someterme a un tratamiento quirúrgico, por dilatación y aspiración.

Me han informado los síntomas que puedo esperar y las posibles complicaciones que pueden suceder y que en mi caso particular existe un mayor riesgo de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ debido a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Sin embargo, entiendo que se han tomado todas las medidas de cuidado, prevención y prudencia para evitar la presencia de cualquier complicación. Autorizo también a la institución a solicitar y efectuar mi traslado a un servicio hospitalario, si los médicos lo consideran necesario.

Me comprometo a consultar en caso de presentar cualquier complicación durante el tratamiento y a seguir todas las recomendaciones recibidas del personal de la Institución.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | |  | **PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** | |
| Leí, entendí y doy mi consentimiento para que realicen el procedimiento anteriormente nombrado | **SI** | **NO** |  | Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_quien desempeño el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he informado el propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, los beneficios, riesgos, recomendaciones pre y post procedimiento al paciente, quien refirió entender y aceptar. | |
|  |  |  |
| **Nombres completos** |  | |  |
|  |
| **Tipo y Número de Documento** |  |
|  |  | |
|  |  |
|  | **FIRMA** | |
| **FIRMA** | **HUELLA** | |  | **FECHA** |  |

**TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL TUTOR LEGAL O FAMILIAR** | |  | **TESTIGO** | |
|  | |  |  | |
| **TIPO ID Y NRO DE IDENTIFICACION** | **PARENTESCO** |  | **TIPO ID** | **NRO. IDENTIFICACIÓN** |
|  |  |  |  |  |
|  | |  |  | |
| **FIRMA** | |  | **FIRMA** | |

Como tutor legal o familiar del paciente, sé que el paciente ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito. El profesional me ha explicado en forma satisfactoria qué es, cómo se hace, y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado de sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello, doy mi consentimiento para que él(los) doctor(es), y el personal auxiliar que el (ella) (ellos) precise(n) le realicen este procedimiento