

## ANEXO I



San Juan  
Gobierno

Ministerio de  
Salud

OSP • OBRA SOCIAL  
PROVINCIA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA/LEGAL DEL EMBARAZO

#### Datos de la persona

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Carnet N°: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Requiero formalmente la interrupción del embarazo, en los términos de la Ley Nacional N° 27.610. A los fines referidos manifiesto expresamente:

- 1) 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 ellos sobre mi salud, sobre las características de cada uno de los procedimientos disponibles, sus riesgos, beneficios y consecuencias.
- 2) Que he entendido la información que se me ha dado.
- 3) Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente.
- 4) 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 de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma de la persona interesada

Aclaración

---

#### Datos de la/el 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 decisiones vinculadas al cuidado de su salud

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Documento (tipo y N°): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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

Firma del o de las/los profesionales médicos: \_\_\_\_\_ 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.

**ANEXO II**  
**ILE - Art. 4°, segundo párrafo de Ley N° 27610**



**San Juan**  
Gobierno

Ministerio de  
**Salud**

**Obra Social**  
Provincia

**DECLARACIÓN JURADA**

Datos de la persona declarante\*

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Documento (tipo y N°): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

DIGO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente declaración son exactos y completos y  
MANIFIESTO:

- ☐ Que fui víctima de violación (abuso sexual con acceso carnal)
- ☐ Que como consecuencia de este hecho quedé embarazada.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en la ciudad de San Juan a los  
\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 202\_

A los efectos de lo establecido por la normativa vigente (Ley Nacional N° 27.610).

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona declarante

\*Las personas con discapacidad, al igual que todas las personas, pueden realizar la declaración jurada en forma autónoma.