

# SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

## INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA/LEGAL DEL EMBARAZO

### DATOS DE LA PERSONA DECLARANTE:

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

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

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de historia clínica: \_\_\_\_\_

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 localidad 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 tomar decisiones vinculadas al cuidado de su salud

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

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

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.