

FORMULARIO PARA REGISTRO



DECLARACIÓN DE ENTREGA Y RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA LEY 21.030 QUE DESPENALIZA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES

FL-IVE-01

Rev.: 00

Nombre: _____
Cédula de Identidad N°..... **Fecha de nacimiento**.....
N° de Ficha Clínica.....
Domicilio.....
Ciudad..... **Región**.....

Diagnóstico de embarazo, Gestaciones-Partos-Abortos (GPA) y Edad Gestacional (EG)

 Fecha.....
 Individualización del o las profesionales que realizaron el diagnóstico

Declaro que:

- 1.- He recibido toda la información verbalmente y por escrito sobre las alternativas para continuar o interrumpir mi embarazo, incluyendo la oferta de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles.
- 2.- He comprendido todas las alternativas, he podido aclarar mis dudas, las que me han sido respondidas satisfactoriamente.
- 3.- He sido informada que tengo derecho a participar en un programa de acompañamiento, previo a tomar mi decisión, tanto para el proceso de orientación como de la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso.
- 4.- De acuerdo con a lo que me han explicado, puedo cambiar mi decisión, si me encuentro dentro de los plazos requeridos, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

Y me han informado de (marcar con una X la información recibida):

Mi condición

Mi condición de salud y de la gestación, de los riesgos que involucra tanto la continuación como la interrupción del embarazo, y de otras consideraciones clínicas relevantes para la toma de decisión.

Programa de acompañamiento al que tengo derecho

Atención integral y cuidados paliativos al recién nacido, en caso de sobrevivencia, según corresponda

Denuncia o comunicación a Fiscalía en caso de tratarse de una violación y mi derecho a comparecencia voluntaria

Procedimiento de toma de muestra para análisis médico legal cuando corresponda y su destino.

En caso que yo sea menor de 14 años, o mujer declarada interdicta judicialmente, que la interrupción del embarazo requiere también la autorización de mi representante legal o de un tribunal, en subsidio en determinadas condiciones

En caso que yo haya cumplido 14 años y sea menor de 18, mi decisión de la interrumpir mi embarazo debe ser informada a mi representante legal, u otro adulto, en determinadas circunstancias

FORMULARIO PARA REGISTRO



**DECLARACIÓN DE ENTREGA Y RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE
LA LEY 21.030 QUE DESPENALIZA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA
DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES**

FL-IVE-01

Rev.: 00

DECLARACIÓN DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Firma de la mujer:
.....
- Representante Legal si procede

Nombre:

Teléfono:

RUT:

Firma.....

DECLARACIÓN DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN

- Identificación del profesional responsable de la entrega de la Información sobre la Ley N°21.030

Nombre	RUN	Firma

El presente documento, se extiende en duplicado, el original debe incorporarse a la Ficha Clínica y la copia se entrega a la mujer