

FORMULARIO PARA REGISTRO



**ASENTIMIENTO PARA ADOLESCENTES MENORES DE 14 AÑOS Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SU REPRESENTANTE LEGAL PARA LA
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

FL-IVE-03

Rev.: 00

Nombre del Establecimiento de Salud/Ciudad/Región

HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR, VIÑA DEL MAR, REGION DE VALPARAISO

Nº de Ficha Clínica:

• **ASENTIMIENTO DE LA ADOLESCENTE**

Estoy en conocimiento de que presento un embarazo cuyas características me permite solicitar la Interrupción Voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley N° 21.030, y por ello manifiesto mi voluntad de acceder a este procedimiento.

Declaro que se me ha entregado y explicado por parte del equipo médico, toda la información sobre el procedimiento que se me realizará, que será el que se indica a continuación:

(NOTA: El profesional que solicita el consentimiento informado, deberá marcar con una X el o los procedimiento(s) que corresponda(n))

Medicamentoso (incluida vía de administración)	
Mifepristona	
Misoprostol	
Instrumental	
• Aspiración endouterina (manual o eléctrica)	
• Legrado Uterino	
• Dilatación y evacuación endouterina	
• Inducción de parto prematuro	
• Cesárea	

NOTA: En los temas a continuación, solicitar a la mujer que firma el consentimiento informado, marcar con una X la información recibida)

He recibido información sobre :

Riesgos más frecuentes del procedimiento	
Efectos secundarios o complicaciones posibles y su manejo	

También me ha informado que el procedimiento se realizará en forma:

Ambulatoria	
Hospitalizada	

Se me ha explicado el tipo de sedación y/o anestesia (local o general) que se utilizará, incluidos sus riesgos, y que recibiré medicamentos para tratar el dolor según lo requiera.

Entiendo que el procedimiento que se me realizará, puede ser modificado por decisión médica durante la realización de éste, por razones clínicas que se presenten en el momento con el fin de resguardar mi salud.

FORMULARIO PARA REGISTRO



**ASENTIMIENTO PARA ADOLESCENTES MENORES DE 14 AÑOS Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SU REPRESENTANTE LEGAL PARA LA
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

FL-IVE-03

Rev.: 00

Me han explicado también que, una vez de alta:

(Nota: El profesional debe detallar la información a continuación según corresponda al caso)

- Debo consultar inmediatamente en caso de presentar:

.....

- Seré contratada en:

.....

- En caso de dudas o consultas, debo contactar a (indicar nombre o cargo de la persona, teléfono u otra forma de contacto):

.....

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este asentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

Se me ha explicado también que, debido a mi edad, además de manifestar mi voluntad para la interrupción del embarazo, se requiere solicitar la autorización de mi Representante Legal.

- **Firma del asentimiento por parte de la adolescente:**

Nombre de la Paciente:

Nº de RUN:..... Fecha de Nacimiento:.....

Firma:

FORMULARIO PARA REGISTRO



**ASENTIMIENTO PARA ADOLESCENTES MENORES DE 14 AÑOS Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SU REPRESENTANTE LEGAL PARA LA
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

FL-IVE-03

Rev.: 00

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Estoy en conocimiento de que mi representada (*indicar nombre completo de la adolescente*)

RUN: Fecha de Nacimiento:

Presenta un embarazo cuyas características le permiten solicitar la interrupción voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley N° 21.030.

Declaro que he recibido de parte del equipo médico toda la información sobre su situación de salud y del procedimiento a utilizar para la interrupción del embarazo, que será el que se indica a continuación:

(NOTA: El profesional que solicita el consentimiento informado, deberá marcar con una X el o los procedimiento(s) que corresponda(n))

Medicamentoso (incluida vía de administración)	
Mifepristona	
Misoprostol	
Instrumental	
• Aspiración endouterina (manual o eléctrica)	
• Legrado Uterino	
• Dilatación y evacuación endouterina	
• Inducción de parto prematuro	
• Cesárea	

(NOTA: En los temas a continuación, solicitar a la mujer que firma el consentimiento informado, marcar con una X la información recibida)

He recibido información sobre :

Riesgos más frecuentes del procedimiento	
Efectos secundarios o complicaciones posibles y su manejo	

También me ha informado que el procedimiento se realizará en forma:

Ambulatoria	
Hospitalizada	

Me han explicado también que, una vez de alta:

(Nota: El profesional debe detallar la información a continuación según corresponda al caso)

- Debo consultar inmediatamente en caso de presentar:

.....

- Seré contralada en:

.....

FORMULARIO PARA REGISTRO



**ASENTIMIENTO PARA ADOLESCENTES MENORES DE 14 AÑOS Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SU REPRESENTANTE LEGAL PARA LA
INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

FL-IVE-03

Rev.: 00

- En caso de dudas o consultas, debo contactar a (indicar nombre o cargo de la persona, teléfono u otra forma de contacto):

.....
He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

Se me ha explicado que, de acuerdo con lo que señala esta Ley, para proceder a la interrupción del embarazo, es necesario contar también con el asentimiento de mi representada.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este consentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que mi representada tiene derecho.

➤ **Firma del consentimiento informado por el Representante Legal**

Por lo anterior, manifiesto estar de acuerdo con que mi representada acceda a este procedimiento.

Nombre completo del Representante Legal:

.....

RUN: Firma:.....

Nombre del médico o profesional que aplica el Asentimiento/CI:

.....

Nº de RUN:..... Firma:.....

Nombre Ministro de Fe/Asistente para la lectura/Facilitador intercultural (si lo hubiera):

.....

Nº de RUN:..... Firma:.....

Ciudad: **VIÑA DEL MAR**

Fecha: _____

Nota:

- Recordar que en caso de discrepancia entre el asentimiento de la adolescente y el de su representante legal, el equipo de salud puede solicitar la autorización judicial sustitutiva.
- Si en el proceso de firma del Formulario de Asentimiento/Consentimiento participa un tercero ya sea como Ministro de Fe, como asistente para la lectura del documento, o como facilitador intercultural, debe quedar individualizado.
- Si la persona no sabe escribir, puede poner su huella digital.
- Firmar el documento en duplicado dejando una copia en la Ficha clínica y entregando otra a la paciente y su representante legal.