

FORMULARIO PARA REGISTRO



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
PARA MUJERES CON DISCAPACIDAD MENTAL PSIQUICA O INTELLECTUAL
DECLARADAS INTERDICTAS QUE CUENTAN CON REPRESENTANTE LEGAL

FL-IVE-05

Rev.: 00

Nombre del Establecimiento de Salud/Ciudad/Región

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

Nº de Ficha Clínica:

Estoy en conocimiento de que mi representada (*indicar nombre completo de la mujer que se representa*)

.....

RUN: Fecha de Nacimiento:

Presenta un embarazo cuyas características le permiten solicitar la Interrupción Voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley Nº 21.030.

Certifico 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	

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.

Me han explicado también que, una vez de alta mi representada:

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

FORMULARIO PARA REGISTRO



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
PARA MUJERES CON DISCAPACIDAD MENTAL PSIQUICA O INTELECTUAL
DECLARADAS INTERDICTAS QUE CUENTAN CON REPRESENTANTE LEGAL

FL-IVE-05

Rev.: 00

- 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.

Se me ha explicado que, de acuerdo con lo que señala esta Ley, para proceder a la IVE en el caso de mi representada **se debe hacer lo posible por conocer y respetar su voluntad o preferencia al respecto.**

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 por parte de la mujer :**

Nombre de la Paciente:

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

Firma:

- **Firma del consentimiento por parte del 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 consentimiento informado:**

.....

RUN:..... Firma:.....

- **Nombre Ministro de Fe/Asistente para la lectura/Facilitador intercultural/Persona que contribuye a conocer la preferencia de la mujer con discapacidad (si lo hubiera):**

.....

Nº de RUN:..... Firma:.....

Ciudad: VIÑA DEL MAR Fecha: _____

Nota:

- Recordar que en caso de discrepancia entre la voluntad de la mujer representada 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 Consentimiento participa un tercero ya sea como Ministro de Fe, como asistente para la lectura del documento, como facilitador intercultural y/o como persona que contribuye a conocer la preferencia de la mujer con discapacidad, debe quedar individualizado.
- Firmar el documento en duplicado dejando una copia en la Ficha clínica y entregando otra a la paciente y su representante legal.