

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

**Nombre:**

Cédula de Identidad Nº.....

Fecha de nacimiento.....

Nº 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 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 comparecer voluntariamente.	
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 de embarazo requiere también la autorización de mi representante legal o de un Tribunal, en subsidio de 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.	

**DECLARACIÓN DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Firma de la mujer .....  
o 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

Ciudad: ..... Fecha: .....

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