

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO PARA MUJERES ADULTAS, ADOLESCENTES ENTRE 14 Y 18 AÑOS Y MUJERES CON DISCAPACIDAD NO DECLARADAS INTERDICTAS

Nombre del Establecimiento de Salud/Ciudad/Región: _____

Nº de Ficha Clínica: _____ RUT: _____

Estoy en conocimiento de que presento un embarazo cuyas características me permite solicitar la Interrupción Voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley Nº 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 <i>(incluida vía de administración)</i>	
Mifepristona Mifepristona	
Misoprostol Misoprostol	
Instrumental	
• Aspiración endouterina <i>(manual o eléctrica)</i>	
• Legrado uterino	
• Dilatación y evacuación uterina	
• Inducción 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 han informado que este procedimiento se realizará de forma:

Ambulatoria	
Hospitalizada	

Se me ha explicado el tipo de sedación y/o anestesia que se utilizará (local o general), 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:

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

Debo consultar inmediatamente en caso de presentar: _____

Seré contralada 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 consentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

Nombre de la Paciente:	Firma:
N° de RUN:	Fecha de Nacimiento:

Nombre del médico o profesional que aplica el CI:	Firma:
N° de RUN:	

Nombre Ministro de Fe/Asistente para la lectura o entrega de información en caso de discapacidad sensorial, mental psíquica o intelectual/Facilitador intercultural cuando corresponda:	Firma:
N° de RUN:	

Ciudad: _____ Fecha: _____

Nota:

Si en el proceso de firma del Formulario de CONSENTIMIENTO INFORMADO 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.