

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO  
PARA MUJERES CON DISCAPACIDAD MENTAL, PSIQUICA O INTELECTUAL DECLARADAS INTERDICTAS QUE CUENTAN  
CON REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre del Establecimiento de Salud/Ciudad/Región: \_\_\_\_\_

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.

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))*

<b>Medicamentoso</b> ( <i>incluida vía de administración</i> )	
Mifepristona	
Misoprostol	
<b>Instrumental</b>	
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 mi representada:

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

- Deberá consultar inmediatamente en caso de presentar: \_\_\_\_\_
- Será contratada en: \_\_\_\_\_
- En caso de dudas o consultas, debemos 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 informado por parte de la mujer:**

Nombre de la Paciente: \_\_\_\_\_

Nº de RUN: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**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 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: \_\_\_\_\_ 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.