



CERTIFICACIÓN DE ULTRASONIDO Y TONO CARDIACO FETAL PARA ABORTO

Formulario del Estado 55404 (R3 / 7-18)

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE INDIANA – IC 16-34-2-1.1(A)(5)

INSTRUCCIONES: Antes de realizar un aborto, el proveedor debe realizar un ultrasonido y el procedimiento de tono fetal. El proveedor debe de procurar que la mujer embarazada vea la imagen de ultrasonido fetal y escuche el corazón del feto si el tono cardíaco fetal es audible. El propósito de este formulario es poder documentar que se le dio la oportunidad de ver la imagen y escuchar el tono cardíaco. En este formulario, la palabra “aborto” se refiere al aborto quirúrgico o a un aborto con medicamentos (un aborto provocado por un medicamento usado para inducir un aborto). Una vez que este formulario se complete, su proveedor lo mantendrá como parte de sus archivos médicos.

Afirmo que este formulario está siendo completado antes de realizar el aborto.

El proveedor a cargo de realizar el aborto me ha ofrecido la oportunidad de ver la imagen del ultrasonido fetal. Yo elijo lo siguiente (*marque la opción adecuada*):

- Deseo ver las imágenes del ultrasonido fetal antes de realizar el aborto.
- No deseo ver las imágenes del ultrasonido fetal antes de realizar el aborto.

El proveedor a cargo de realizar el aborto me ha ofrecido la oportunidad de escuchar la auscultación del tono cardíaco fetal si fuese audible. Yo elijo lo siguiente (*marque la opción adecuada*):

- Deseo escuchar el tono cardíaco fetal, si fuese audible, antes de realizar el aborto.
- No deseo escuchar el tono cardíaco fetal, si fuese audible, antes de realizar el aborto.

Por la presente certifico que la información me ha sido proporcionada como se indica arriba.

Nombre de la paciente (*letra de imprenta*)

Número de registro médico de la paciente (MRN)

Firma de la paciente

Fecha (*mes, día, año*)

Hora