



CERTIFICACIÓN DE SUMINISTRO DE INFORMACIÓN DE HOSPICIO PERINATAL (MOMENTO DE LA DECISIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA EL ABORTO)

Formulario estatal 56155 (R / 11-24)

DEPARTAMENTO DE SALUD DE INDIANA – IC 16-25-4.5-4, IC 16-34-2-1.1(b)(c)

MÉDICO RESPONSABLE DE COMPLETAR EL FORMULARIO: Un médico que realiza un aborto para una paciente embarazada cuyo hijo por nacer ha sido diagnosticado con una anomalía fetal letal es responsable de proporcionar este formulario a la paciente, asegurar la certificación de la paciente y certificar el formulario al menos dieciocho (18) horas antes del aborto.

PROPÓSITO DEL FORMULARIO: Este formulario se aplica a usted si su hijo por nacer ha sido diagnosticado con una anomalía fetal letal. Documenta que, al menos dieciocho (18) horas antes del aborto:

- (1) El médico que realizará el aborto le ha informado, oralmente y en persona, de la disponibilidad de los servicios hospitalarios perinatales.
- (2) El médico que realizará el aborto le ha entregado una copia impresa del Folleto de Hospicio Perinatal del Departamento de Salud de Indiana (IDOH, por sus siglas en inglés) y una lista impresa de los proveedores y los programas perinatales en Indiana, según lo requerido por IC 16-25-4.5-4 and IC 16-25-4.5-5.
- (3) Usted elige tener un aborto en lugar de continuar su embarazo con cuidados paliativos perinatales.

El proveedor médico mantendrá el formulario completo como parte de su expediente médico. A usted se le proporcionará una copia del formulario completo.

Certificación de la paciente

Yo certifico que:

1. Se me ha proporcionado la siguiente información: *(Por favor, proporcione sus iniciales)*
 Una copia del folleto de hospicio perinatal del Departamento de Salud de Indiana
 Una lista de los proveedores y de los programas de hospicio perinatal en Indiana
2. La información descrita anteriormente me fue proporcionada al menos dieciocho (18) horas antes del aborto por el médico que realizará el aborto.
3. Yo elijo tener un aborto en lugar de continuar mi embarazo con cuidados paliativos perinatales.

Yo certifico lo siguiente: *(Seleccione la respuesta apropiada).*

- Soy mayor de dieciocho (18) años *(Adjuntar documentación de edad).*
- Soy menor de dieciocho (18) años, pero he sido emancipado por una orden judicial o se me ha emitido una renuncia al consentimiento de los padres por parte de un tribunal de menores *(Adjunte una copia de la orden judicial o renuncia).*
- Soy menor de dieciocho (18) años *(se requiere el consentimiento de los padres o tutores; consulte la siguiente sección).*

Nombre impreso del paciente

Número de registro médico del paciente

Firma del paciente

Fecha (mes, día, año)

Hora

Certificación del padre o tutor (si se requiere)

Se requiere la certificación de un padre o tutor si una paciente que tiene el aborto es menor de dieciocho (18) años, a menos que la paciente haya sido emancipada por una orden judicial o se le haya emitido una renuncia al consentimiento de los padres por un tribunal de menores.

Yo certifico que:

1. Soy el padre o tutor legal de la paciente identificada anteriormente. *(Adjunte documentación de la condición de padre o tutor).*
2. La información descrita anteriormente fue proporcionada a mi hija al menos dieciocho (18) horas antes del aborto por el médico que realizará el aborto.
3. Mi hija elige tener un aborto en lugar de continuar su embarazo con cuidados paliativos perinatales.

Nombre en letra de imprenta del padre o tutor

Relación con la paciente

Firma del padre o tutor

Fecha (mes, día, año)

Hora

Certificación Médica

Yo certifico que:

1. Soy el médico que realizará el aborto para la paciente identificada anteriormente.
2. Al menos dieciocho (18) horas antes del aborto, he proporcionado toda la información requerida descrita anteriormente.
3. He pedido a la paciente y, si corresponde, al padre o tutor de la paciente que complete este formulario.
4. Se ha proporcionado una copia completa de este formulario a la paciente y, si corresponde, al padre o tutor de la paciente.

Nombre impreso del médico

Credenciales profesionales

Número de licencia

Firma del médico

Fecha (mes, día, año)