



## CERTIFICACIÓN DE SUMINISTRO DE INFORMACIÓN DE HOSPICIO PERINATAL (DECISIÓN DE CONSENTIMIENTO DE TIEMPO DEL ABORTO)

Formulario del Estado 56155 (10-16)

Departamento de Salud del Estado de Indiana – IC 16-25-4.5-4, IC 16-34-2-1.1(b)(c)

EL MÉDICO TIENE LA RESPONSABILIDAD DE LA CONSECUCCIÓN PARA QUE SE RELLENE ESTE FORMULARIO: El médico que realice un aborto a una mujer embarazada cuyo hijo no nacido padece una anomalía fetal letal es responsable de proporcionar este formulario a la paciente, obtener la certificación de la paciente y certificar el formulario al menos dieciocho (18) horas antes del aborto.

FINALIDAD DEL FORMULARIO: Este formulario se requiere si se diagnostica una anomalía fetal letal a su hijo antes de nacer. El formulario documenta, al menos dieciocho (18) horas antes del aborto, lo siguiente:

- (1) El médico que realice el aborto le ha informado a usted, de forma oral y en persona, de la disponibilidad de servicios hospitalarios perinatales;
- (2) El médico que realizará el aborto le ha entregado una copia del Folleto de Hospicio Perinatal del Departamento de Salud del Estado de Indiana (Indiana State Department of Health, ISDH) y una lista impresa de los proveedores y programas perinatales de Indiana, según se requiere por y de acuerdo con IC 16-25-4.5-4 e IC 16-25-4.5-5; y
- (3) Usted eligió abortar en vez de continuar su embarazo con atención de hospicio perinatal.

El formulario relleno lo conserva el proveedor como parte de sus registros médicos. A usted se le proporcionará una copia del formulario relleno.

### Certificación por parte de la paciente

Yo certifico que:

1. Se me ha proporcionado la siguiente información (*Coloque sus iniciales.*):  
 Un ejemplar del Folleto de Hospicio Perinatal del ISDH  
 Una lista de los proveedores y programas de hospicio perinatal en Indiana
2. El médico que realizará el aborto me proporcionó la información descrita anteriormente al menos dieciocho (18) horas antes del aborto.
3. Elijo abortar en vez de continuar mi embarazo con atención de hospicio perinatal.

Certifico lo siguiente: (*Seleccione la opción adecuada.*)

- Tengo dieciocho (18) años de edad o más (*Adjunto documentación que prueba la edad.*)
- Tengo menos de dieciocho (18) años de edad pero he sido emancipada por orden de un tribunal, o un tribunal juvenil ha emitido una dispensa de consentimiento parental (*Adjunto copia de la dispensa por orden del tribunal.*)
- Tengo menos de dieciocho (18) años de edad (*Se requiere el consentimiento del padre/madre o tutor; consulte la siguiente sección.*)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Número de registro médico de la paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de la paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha (*mes, día, año*)

\_\_\_\_\_  
Hora

### **Certificación del padre/madre o tutor (de ser requerida)**

Se requiere el consentimiento del padre/madre o tutor si se practica un aborto a una mujer de menos de dieciocho (18) años a menos que la mujer haya sido emancipada por orden de un tribunal o que un tribunal juvenil haya emitido una dispensa de consentimiento parental.

Yo certifico que:

1. Soy el padre/madre o tutor legal de la paciente identificada anteriormente (*Adjunte documentación correspondiente de verificación parental o tutorial.*)
2. El médico que realizará el aborto proporcionó la información descrita anteriormente a mi hija o pupila al menos dieciocho (18) horas antes del aborto.
3. Mi hija o pupila elige el aborto en vez de continuar su embarazo con atención de hospicio perinatal.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre o tutor  
en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con la paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha (*mes, día, año*)

\_\_\_\_\_  
Hora

### **Certificación del médico**

Yo certifico que:

1. Soy el médico que realizará el aborto a la paciente identificada anteriormente.
2. Le he proporcionado toda la información requerida anteriormente descrita al menos dieciocho (18) horas antes del aborto.
3. He instruido a la paciente y, si fuese pertinente, al padre/madre o tutor de la paciente que rellene este formulario.
4. Una copia rellena de este formulario se le ha proporcionado a la paciente y, si fuese pertinente, al padre/madre o tutor.

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico  
en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Credenciales profesionales

\_\_\_\_\_  
Número de licencia

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha (*mes, día, año*)