



CERTIFICACIÓN DE SUMINISTRO DE INFORMACIÓN DE HOSPICIO PERINATAL (AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE UNA ANOMALÍA FETAL LETAL)

Formulario del Estado 56156 (10-16)
Departamento de Salud del Estado de Indiana – IC 16-25-4.5-6

EL MÉDICO TIENE LA RESPONSABILIDAD DE LA CONSECUICIÓN PARA QUE SE RELLENE ESTE FORMULARIO: Un proveedor que diagnostica una anomalía fetal letal antes de que nazca el niño de una mujer embarazada tiene la responsabilidad de proporcionar este formulario a la paciente y obtener la certificación de la paciente.

FINALIDAD DEL FORMULARIO: Este formulario se requiere si se diagnostica una anomalía fetal letal a su niño antes de nacer. Este formulario documenta que, al momento del diagnóstico de la anomalía del niño antes de nacer, el proveedor le ha proporcionado una copia impresa 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 en Indiana, según se requiere por y de acuerdo con IC 16-25-4.5-4 e IC 16-25-4.5-5.

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

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. La información anterior se me proporcionó al momento de recibir el diagnóstico de una anomalía fetal letal de mi hijo antes de nacer.

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 orden del tribunal o de la dispensa.*)
- _____ 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. A mi hija o pupila se le ha proporcionado una copia impresa del Folleto de hospicio perinatal de ISDH y una lista impresa de los proveedores y programas perinatales de Indiana.
3. La información anterior se le proporcionó a mi hija o pupila al momento de recibir el diagnóstico de una anomalía fetal letal que presenta su hijo no nacido.

Nombre del padre/madre o tutor
en letra de imprenta

Relación con la paciente

Firma del padre/madre/tutor

Fecha (*mes, día, año*)

Hora

Certificación del proveedor

Yo certifico que:

1. Que se ha diagnosticado una anomalía fetal letal al hijo no nacido de la paciente anteriormente identificada.
2. Al momento del diagnóstico de la anomalía fetal letal, se le proporcionó a la paciente la información necesaria descrita anteriormente.
3. He instruido a la paciente y, si fuese pertinente, al padre/madre o tutor de la paciente que rellene este formulario.
4. Se le ha proporcionado a la paciente una copia rellena de este formulario y, si fuese pertinente, al padre/madre o tutor.

Nombre del proveedor
en letra de imprenta

Credenciales profesionales

Número de licencia

Firma del proveedor

Fecha (*mes, día, año*)