



**CERTIFICACIÓN DEL SUMINISTRO DE INFORMACIÓN SOBRE LOS HOSPICIOS PERINATALES
(MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE UNA ANOMALÍA FETAL LETAL)**

Formulario estatal 56156 (R / 11-24)
DEPARTAMENTO DE SALUD DE INDIANA – IC 16-25-4.5-6

PROVEEDOR RESPONSABLE DE COMPLETAR EL FORMULARIO: Un proveedor que diagnostica al feto de una paciente embarazada con una anomalía fetal letal es responsable de proporcionar este formulario a la paciente y asegurar la certificación de la paciente.

PROPOSITO DEL FORMULARIO: Este formulario es obligatorio si a su hijo por nacer se le diagnostica una anomalía fetal letal. Documenta que, en el momento del diagnóstico de su hijo por nacer, el proveedor le ha entregado una copia impresa del Folleto de Hospicio Perinatal del Departamento de Salud de Indiana (ISDH, 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.

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 los programas de hospicio perinatal en Indiana
2. La información anterior se proporcionó en el momento de recibir un diagnóstico de que mi hijo por nacer tiene una anomalía fetal letal.

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. A mi hija se le ha proporcionado una copia impresa del folleto de hospicio perinatal del Departamento de Salud de Indiana y una lista impresa de proveedores y programas perinatales en Indiana.
3. La información descrita anteriormente se le proporcionó a mi hija en el momento en que recibió un diagnóstico de que su hijo por nacer tiene una anomalía fetal letal.

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. El feto de la paciente mencionada anteriormente ha sido diagnosticado con una anomalía fetal letal.
2. En el momento del diagnóstico de la anomalía fetal letal, se le proporcionó a la paciente 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 del paciente.

Nombre impreso del médico

Credenciales profesionales

Número de licencia

Firma del médico

Fecha (mes, día, año)