



CERTIFICACIÓN DE DISPOSICIÓN DEL FETO ABORTADO

Formulario del Estado 56157 (R2 / 7-20)

Departamento de Salud del Estado de Indiana – IC 16-34-2-1.1(a)(2) / IC 16-34-3-2(b)

PROPÓSITO DEL FORMULARIO: Este formulario documenta su decisión con respecto a la disposición final del feto. Una vez que el formulario este completo, el proveedor lo conservará como parte de su registro médico. Se le proporcionará a usted una copia del formulario completado.

Si decide que el proveedor sea responsable de la disposición, el proveedor puede deshacerse de los restos del feto por entierro o cremación en una funeraria o crematorio. Si desea conocer el método específico o la ubicación de la disposición, pregúntele al proveedor. Si desea elegir un método u ubicación diferente para la disposición de los restos del feto, tiene derecho a elegir esa opción y será responsable de los costos del entierro o la cremación, si corresponde.

Si tiene un aborto con medicamentos y expulsa al feto en otro lugar que no sea la instalación del proveedor, tiene derecho (si lo desea) a devolver los restos del feto al proveedor para su disposición por entierro o cremación en una funeraria o crematorio. Pregúntele al proveedor si desea conocer el método específico o la ubicación donde se realizará la disposición.

Certificación del paciente

Yo certifico que:

1. Al menos dieciocho (18) horas antes del aborto, el proveedor me ha informado oralmente y por escrito que tengo derecho a determinar la disposición final de los restos del feto; me proporcionó información sobre las opciones disponibles para la disposición de los restos del feto; y, si corresponde, me dijo el método específico para la disposición de los restos del feto en este caso.

2. He decidido que los restos del feto serán desechados de la siguiente forma:

_____ La clínica de aborto o el centro de atención médica organizarán el entierro o cremación de los restos del feto con un crematorio o funeraria.

_____ He elegido un método o lugar diferente para el entierro o cremación de los restos del feto y no usaré los arreglos de la clínica de aborto o centro de atención médica. Estoy de acuerdo que seré responsable por los costos del entierro o cremación, si corresponde.

_____ *(Solo para abortos realizados con medicamentos)* Estoy planeando devolver los restos del feto a la clínica de aborto o centro de atención médica, la cual organizará el entierro o cremación del feto con un crematorio o una funeraria.

Además certifico lo siguiente: *(Seleccione la opción apropiada.)*

_____ Tengo dieciocho (18) años de edad o más. *(Proporcione documentación de edad.)*

_____ Soy menor de dieciocho (18) años, pero una orden judicial me ha emancipado o un tribunal de menores me ha otorgado una renuncia al consentimiento de los padres. *(Proporcione copia de la orden judicial o exención.)*

_____ Soy menor de dieciocho (18) años. *(Se requiere el consentimiento del padre o tutor; ver la siguiente sección.)*

Nombre impreso del paciente

Numero de archive médico del paciente

Firma del paciente

Fecha (mes, día, año)

Hora

Certificación del padre o tutor (si es necesario)

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

Yo certifico que:

1. Soy el padre o tutor legal del paciente identificado anteriormente. *(Proporcione documentación del estado de los padres o tutores.)*
2. Al menos dieciocho (18) horas antes del aborto, mi hija ha recibido la información descrita anteriormente.
2. Mi hija ha determinado la disposición de los restos del feto como se seleccionó anteriormente.
4. Doy mi consentimiento a la decisión de mi hija para la disposición de los restos del feto como se seleccionó anteriormente.

Nombre impreso del padre o tutor

Relacion con el paciente

Firma del padre o tutor

Fecha (mes, día, año)

Hora

Certificación del proveedor

Yo certifico que:

1. Al menos dieciocho (18) horas antes del aborto, la paciente mencionada anteriormente ha sido informada oralmente y por escrito de que tiene derecho a determinar la disposición final de los restos del feto; se le ha proporcionado información sobre las opciones disponibles para la disposición de los restos del feto; y, si corresponde, se le dijo qué método específico y ubicación de disposición se utilizará en este caso.
2. El paciente ha determinado la disposición del feto como se seleccionó anteriormente.
3. Si corresponde, el padre o tutor del paciente ha consentido en la determinación del paciente de la disposición de los restos del feto tal como se seleccionó anteriormente.
4. Se ha proporcionado una copia completa de este formulario al paciente y, si corresponde, a los padres o tutores del paciente, y este formulario se archivará en el registro del paciente.

Nombre impreso del médico u otro proveedor

Credenciales profesionales

Numero de licencia

Firma del médico u otro proveedor

Fecha (mes, día, año)