



CERTIFICACIÓN DE DISPOSICIÓN DEL FETO ABORTADO

Formulario estatal 56157 (R3 / 11-24)

DEPARTAMENTO DE SALUD DE INDIANA – IC 16-34-2-1.1(a)(2), IC 16-34-3-2(b)

PROPOSITO DEL FORMULARIO: Este formulario documenta su decisión con respecto a la disposición final del feto abortado. El proveedor conserva el formulario completo como parte de su expediente médico. Se le proporcionará una copia del formulario completo.

Si decide que el proveedor sea responsable de la disposición, el proveedor puede deshacerse del feto abortado mediante entierro o cremación en una funeraria o crematorio. Pregúntele al proveedor si desea conocer el método específico o el lugar para la disposición. Si desea elegir un método o lugar diferente para la disposición del feto abortado, tiene derecho a elegir esa opción y será responsable de los costos del entierro o cremación, si los hubiera. También tiene derecho a cambiar de opinión antes de que se complete la disposición final.

Si tiene un aborto con medicamentos, es posible que usted expulse el feto abortado y el tejido asociado con el embarazo. Es posible que vea o no tejido que se parezca a un embrión o feto. Si expulsa el feto en otro lugar que no sea el centro del proveedor, tiene el derecho, si lo desea, de devolver el feto al proveedor médico para su disposición mediante entierro o cremación en una funeraria o crematorio. Pregúntele al proveedor médico si desea conocer el método específico o el lugar de disposición.

Certificación de la paciente

Yo certifico que:

1. Al menos dieciocho (18) horas antes del aborto, el proveedor médico me ha informado oralmente y por escrito que tengo el derecho a determinar la disposición final del feto abortado; me proporcionó información sobre las opciones disponibles para la disposición del feto abortado; y, en su caso, me indicó el método específico para la disposición del feto abortado en este caso.
2. He decidido deshacerme del feto abortado de la siguiente manera:
 - _____ Una clínica de aborto o un centro de atención médica organizará el entierro o cremación del feto abortado en un crematorio o funeraria.
 - _____ Estoy eligiendo un método o lugar para el entierro o cremación del feto abortado que es diferente a los arreglos de la clínica de aborto o del centro de atención médica y seré responsable de los costos del entierro o cremación, si los hubiera.
 - _____ (Solo para abortos con medicamentos) Estoy planeando devolver el feto abortado a la clínica de abortos o al centro de atención médica, que organizará el entierro o cremación del feto abortado con un crematorio o funeraria.

Además, 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 de la paciente

Número de archivo médico del paciente

Firma del paciente

Fecha (mes, día, año)

Hora

Archivo médico del paciente: _____

Certificación del padre o tutor y notarización (si se requiere)
IC 16-18-2-267

Se requiere el consentimiento 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. Al menos dieciocho (18) horas antes del aborto, mi hija ha recibido la información descrita anteriormente.
3. Mi hija ha determinado la disposición del feto abortado como se seleccionó anteriormente.
4. Doy mi consentimiento en la disposición de mi hija del feto abortado como se seleccionó anteriormente.

Nombre en letra de imprenta del padre
o tutor

Relación con la paciente

Firma del Padre o tutor

Fecha (mes, día, año)

Hora

Estado de Indiana

Condado de: _____

Habiendo comparecido personalmente y con la apropiada identificación; firmado y

afirmado bajo juramento ante mí, el _____, 20__ por _____.



Sello del notario público

Firma del notario público

Encargado del condado _____.

Archivo médico del paciente: _____

Certificación Médica

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 del feto abortado; información sobre las opciones disponibles para la disposición del feto abortado; y, si corresponde, se le indicó qué método específico y ubicación de disposición se utilizará en este caso.
2. La paciente ha determinado la disposición del feto abortado como se seleccionó anteriormente.
3. Si corresponde, el padre o tutor de la paciente ha dado su consentimiento para que la paciente determine la disposición del feto abortado como se seleccionó anteriormente.
4. Se ha proporcionado una copia completa de este formulario a la paciente y, si corresponde, al padre o tutor del paciente, y este formulario se archivará en el registro de la paciente.

Nombre impreso del médico u otro proveedor

Credenciales profesionales

Número de
licencia

Firma del médico u otro proveedor

Fecha (*mes, día, año*)