



CONSEJERÍA DISPONIBLE DESPUÉS DE UN ABORTO

Formulario estatal 56158 (R / 11-24)

DEPARTAMENTO DE SALUD DE INDIANA – IC 16-34-2-1.1(a)(2)(J)

PROPÓSITO DEL FORMULARIO: Este formulario documenta que puntualmente se le proporciona información sobre cualquier asesoramiento que esté disponible para usted después de tener un aborto. Al menos dieciocho (18) horas antes del aborto, el proveedor debe informarle oralmente y por escrito de cualquier consejería que esté disponible para usted después de tener un aborto. El proveedor conserva el formulario completo como parte de su expediente médico. Se le proporcionará una copia del formulario completado.

Información de Consejería

Información sobre la consejería que está disponible para una mujer después de tener un aborto:

Real Alternatives (*sin licencia*)
Número de teléfono: 1-888-LIFE AID
Sitio web: www.realalternatives.org

Asociación con Indiana 211 (*fuentes de referencia*)
Número de teléfono: 2-1-1
Sitio web: www.in211.org

International Hotline for Abortion Recovery (*con y sin licencia*)
Número de teléfono: 866-482-5433
Sitio web: www.internationalhelpline.org

National Board for Certified Counselors (*Directorio de consejeros*)
Número de teléfono: 336-547-0607
Sitio web: www.nbcc.org/CounselorFind

La agencia de licencias profesionales de Indiana (317-232-2980, www.in.gov/pla) tiene listados y otra información sobre consejeros con licencia en Indiana.

Certificación del paciente

Certifico que:

1. He sido informado verbalmente y por escrito de la información anterior.
2. La información anterior me fue proporcionada y este formulario se completará al menos dieciocho (18) horas antes del aborto.

Además, certifico lo siguiente: (*Seleccione la opción que corresponda*).

- _____ Tengo o 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 he emitido una renuncia al consentimiento de los padres por un tribunal de menores. (*Adjunte 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 archivo médico del paciente

Firma del paciente

Fecha (mes, día, año)

Hora

Certificación de Padre o tutor (si se requiere)

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

Certifico que:

1. Soy el padre o tutor legal del paciente identificado anteriormente. (*Adjunte documentación de la condición de padre o tutor*).
2. A mi hija se le ha proporcionado oralmente y por escrito información sobre cualquier consejería que esté disponible para ella después de tener un aborto.
3. La información anterior ha sido proporcionada a mi hija al menos dieciocho (18) horas antes del aborto.

Nombre en letra de imprenta del padre o tutor

Relación con el paciente

Firma del padre tutor

Fecha (mes, día, año)

Hora

Certificación de proveedores

Certifico que:

1. Al menos dieciocho (18) horas antes del aborto, a la paciente nombrada anteriormente se le ha proporcionado oralmente y por escrito información sobre cualquier asesoramiento que esté disponible para ella después de tener un aborto.
2. Se ha proporcionado una copia completa de este formulario al paciente y, si corresponde, al padre o tutor del paciente.

Nombre impreso del médico u otro proveedor

Credenciales profesionales

Número de licencia

Firma del médico u otro proveedor

Fecha (mes, día, año)