



## ORIENTACIÓN DISPONIBLE DESPUÉS DE UN ABORTO

Formulario del Estado 56158 (10-16)

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

**FINALIDAD DEL FORMULARIO:** Este formulario documenta que se le proporciona información oportuna en relación con la orientación disponible para usted después de realizarse un aborto. Al menos dieciocho (18) horas antes del aborto, el proveedor le debe informar de manera oral y por escrito sobre la orientación que está disponible para usted después de practicarse un aborto. El formulario rellenado lo conserva el proveedor como parte de sus registros médicos. Se le proporcionará una copia del formulario rellenado.

### **Información sobre la orientación**

La información relativa a la orientación que está disponible para una mujer después de que se le practique un aborto:

Real Alternatives (*sin licencia*)

Teléfono: 1-888-LIFE AID

Sitio web: [www.realalternatives.org](http://www.realalternatives.org)

Indiana 211 Partnership (*fuentes de referencia*)

Teléfono: 2-1-1 (*donde esté disponible*)

Sitio web: [www.in211.org](http://www.in211.org)

International Hotline for Abortion Recovery (Línea de ayuda internacional para recuperación después de un aborto) (*con y sin acreditación*)

Teléfono: 866-482-5433

Sitio web: [www.internationalhelpline.org](http://www.internationalhelpline.org)

National Board for Certified Counselors (Junta nacional de orientadores certificados) (*directorío de orientadores*)

Teléfono: 336-547-0607

Sitio web: [www.nbcc.org/CounselorFind](http://www.nbcc.org/CounselorFind)

*The Indiana Professional Licensing Agency (Agencia profesional acreditada de Indiana) (317-232-2980, [www.in.gov/pla](http://www.in.gov/pla)) tiene listados y otra información sobre orientadores autorizados en Indiana.*

### **Certificación por parte de la paciente**

Yo certifico que:

1. Se me ha comunicado de forma oral y escrita la información anterior.
2. La información anterior se me ha proporcionado y este formulario se ha rellenado al menos dieciocho (18) horas antes del aborto.

Asimismo 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 información oral y escrita en relación con la orientación disponible para ella después de realizarse un aborto.
3. La información anterior se le ha proporcionado a mi hija o pupila al menos dieciocho (18) horas antes del aborto.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre o tutor en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con la paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha (mes, día, año)

\_\_\_\_\_  
Hora

### **Certificación del proveedor**

Yo certifico que:

1. Al menos dieciocho (18) horas antes del aborto, se le ha proporcionado información oral y escrita a la paciente anteriormente identificada sobre la orientación que está disponible para ella después de realizarse un aborto.
2. Se le ha proporcionado a la paciente una copia de este formulario y, si fuese pertinente, al padre/madre o tutor.

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico u otro proveedor  
en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Credenciales profesionales

\_\_\_\_\_  
Número de licencia

\_\_\_\_\_  
Firma del médico u otro proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha (mes, día, año)