

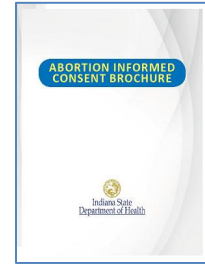


## FOLLETO INFORMATIVO DE CONSENTIMIENTO SOBRE EL ABORTO

Formulario del Estado 56159 (R / 7-20)

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

**PROPÓSITO DEL FORMULARIO:** Este formulario documenta su consentimiento voluntario e informado para un aborto, al menos dieciocho (18) horas antes del aborto. En este formulario, la palabra "aborto" se refiere a un aborto quirúrgico o un aborto con medicamentos (aborto resultante de un medicamento inductor del aborto). El proveedor conservará este formulario ya completado como parte de su registro médico. Se le proporcionará a usted una copia del formulario después de ser completado.



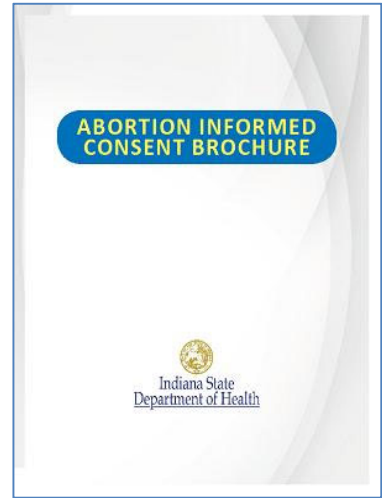
### **Certificación del paciente del consentimiento informado**

Yo, certifico y afirmo que:

1. El médico que realizará el aborto, el médico remitente o un médico asistente (como se define en IC 25-27.5-2-10), una enfermera profesional (como se define en IC 25-23-1-1 (b)) , o una partera (como se define en IC 34-18-2-19) a quien el médico delegó la responsabilidad de realizar el aborto o el médico remitente tiene, en privado y no un grupo, al menos dieciocho (18) horas antes de que se realice el aborto, me informó oralmente y por escrito de lo siguiente:
  - A. El nombre del médico que realizará el aborto, el número de licencia médica del médico y un número de teléfono de emergencia donde el médico o la persona designada por el médico pueden ser contactados las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días al semana.
  - B. Que la atención de seguimiento por parte del médico o la persona designada por el médico (si la persona designada tiene licencia bajo IC 25-22.5) está disponible de manera apropiada y oportuna cuando sea clínicamente necesario.
  - C. La naturaleza del procedimiento o la información sobre el medicamento para inducir el aborto.
  - D. Información científica objetiva sobre los riesgos y las alternativas del procedimiento o el uso de un medicamento inductor del aborto, que incluye:
    - (1) el riesgo de infección y hemorragia;
    - (2) el potencial peligro a futuros embarazos; y
    - (3) el posible peligro de infertilidad.
  - E. Que la vida física humana comienza cuando un óvulo humano es fertilizado por un espermatozoide humano.
  - F. La edad gestacional probable del feto en el momento en que se realizará el aborto, incluyendo:
    - (1) una foto del feto;
    - (2) las dimensiones del feto, e
    - (3) información relevante sobre la posible supervivencia de un feto no nacido en esta etapa de desarrollo.
  - G. Los riesgos médicos asociados con la terminación del feto.
  - H. La disponibilidad de imágenes de ultrasonido fetal y auscultación de servicios de tono cardíaco fetal para que la mujer embarazada pueda ver la imagen y escuchar los latidos del corazón del feto e información de cómo obtener acceso a estos servicios.
  - I. El embarazo de una niña menor de quince (15) años de edad puede constituir abuso infantil bajo la ley de Indiana, si el acto incluyó a un adulto y debe ser reportado al departamento de servicios infantiles o la agencia local de aplicación de la ley bajo IC 31-33 -5.
2. He sido informada oralmente y por escrito de lo siguiente:
  - A. Que los beneficios de asistencia médica pueden estar disponibles para la atención prenatal, el parto y la atención neonatal en la oficina del condado de la división de recursos familiares.
  - B. Que el padre del feto está legalmente obligado a ayudar en el mantenimiento del niño. En el caso de violación, la información requerida bajo esta cláusula puede ser omitida.
  - C. Que las alternativas de adopción están disponibles y que los padres adoptivos pueden pagar legalmente los costos de la atención prenatal, el parto y la atención neonatal.
  - D. Que existen riesgos físicos para la mujer al tener un aborto, tanto durante el procedimiento del aborto como después.
  - E. Que Indiana ha declarado la ley de refugio bajo IC 31-34-2.5.

- F. Que la mujer embarazada tiene derecho a determinar la disposición final de los restos del feto abortado, y la información sobre las opciones disponibles para la disposición de los restos del feto.
- G. Información sobre cualquier asesoramiento disponible para una mujer embarazada después de un aborto.

3. Me han proporcionado una copia a color del Folleto de Consentimiento Informado del Departamento de Salud del Estado de Indiana (la imagen a la derecha es del folleto) y me han informado que el folleto está publicado en el sitio web del Departamento de Salud del Estado. La dirección del sitio web es [www.in.gov/isdh](http://www.in.gov/isdh). El enlace directo a la información sobre el aborto es [www.in.gov/isdh/25199.htm](http://www.in.gov/isdh/25199.htm).



El Folleto de Consentimiento Informado del Departamento de Salud del Estado de Indiana incluye la siguiente información:

- A. Información científica objetiva sobre las características anatómicas y fisiológicas probables de un feto cada dos (2) semanas de edad gestacional, incluyendo lo siguiente:
  - (1) Imágenes en color para cada edad del feto, incluyendo Las dimensiones del feto.
  - (2) Si existe alguna posibilidad de que el feto sobreviva afuera del útero.
- B. Información científica objetiva sobre los riesgos médicos asociados con cada procedimiento del aborto y medicamento utilizado para inducir el aborto, que incluye lo siguiente:
  - (1) El riesgo de infección y hemorragia.
  - (2) El probable peligro de:
    - (i) problemas con futuros embarazos, o a
    - (ii) posiblemente quedar estéril.
- C. Información sobre los riesgos médicos asociados con la terminación del embarazo.
- D. Información de los beneficios de asistencia médica disponibles para la atención prenatal, el parto y la atención neonatal.
- E. Información de que el padre biológico es responsable de la asistencia y manutención del niño, independientemente si el padre biológico ha ofrecido pagar por un aborto.
- F. Información sobre la organización de 211, y como acceder a servicios humanos como se describe en IC 8-1-19.5, y los tipos de servicios que están disponibles a través de este servicio.

4. Este formulario ha sido completado por lo menos dieciocho (18) horas antes del aborto.

5. Yo doy mi consentimiento voluntario para el aborto.

6. Yo certifico lo siguiente: *(Seleccione la opción que corresponda.)*

\_\_\_\_\_ Tengo dieciocho (18) años de edad o más. *(Proporcione documentación de su edad.)*

\_\_\_\_\_ Soy menor de dieciocho (18) años pero he sido emancipada por una corte o he sido exenta del consentimiento paternal por un tribunal de menores. *(Anexe la copia de la corte o la autorización de 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. Mi hijo(a) recibió la información enumerada en el párrafo 1, de forma privada, oral y por escrito.
3. Mi hijo(a) recibió la información enumerada en los párrafos 2 y 3, de forma oral y por escrito.
4. Este formulario se está completando al menos dieciocho (18) horas antes del aborto.
5. Mi hijo(a) voluntariamente consiente a la realización del aborto.
6. Doy mi consentimiento voluntario para que mi hijo(a) se haga el aborto.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre o tutor                      Relación 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, se proporcionó la información y los elementos descritos en el párrafo 1, al paciente mencionado anteriormente, de forma oral, por escrito y en privado.
2. Al menos dieciocho (18) horas antes del aborto se proporcionó la información enumerada en los párrafos 2 y 3, al paciente mencionado anteriormente, de forma oral y por escrito.
3. La paciente ha consentido voluntariamente al aborto como se refleja anteriormente.
4. Si corresponde, el padre o tutor de la paciente ha consentido voluntariamente en el aborto como se refleja anteriormente.
5. Se ha proporcionado una copia completa de este formulario al paciente y, si corresponde, a los padres o tutores del paciente.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del médico u otro proveedor                      Credenciales profesionales                      Numero de licencia

\_\_\_\_\_  
Firma del médico u otro proveedor                      Fecha (mes, día, año)