



CERTIFICACIÓN DE ULTRASONIDO Y FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Formulario del Estado 56160 (10-16)

Departamento de Salud del Estado de Indiana – IC 16-34-2-1.1(a)(5)(J)

FINALIDAD DEL FORMULARIO: Este formulario documenta que el proveedor del aborto, antes de realizarlo, le ha brindado a la paciente la oportunidad de ver la imagen del ultrasonido fetal y escuchar la frecuencia cardíaca fetal. El proveedor debe realizar un procedimiento de ultrasonido fetal y frecuencia cardíaca fetal al menos dieciocho (18) horas antes de practicar el aborto. El proveedor debe permitirle a la paciente ver la imagen del ultrasonido fetal y escuchar el latido cardíaco del feto si la frecuencia cardíaca fetal es audible. En este formulario se entiende como "aborto" tanto un aborto quirúrgico como un aborto por fármaco (aborto resultante de administrar un fármaco para inducir el aborto). Luego de rellenado, el formulario lo conserva el proveedor como parte de sus registros médicos. A usted se le proporcionará una copia del formulario rellenado.

Certificación por parte de la paciente

Yo certifico que:

1. El proveedor me ha brindado la oportunidad de ver la imagen del ultrasonido fetal al menos dieciocho (18) horas antes del aborto. Elegí lo siguiente: *(Marque lo que ha elegido.)*

_____ Deseo ver la imagen del ultrasonido fetal que se hará antes de realizar el aborto.

_____ No deseo ver la imagen del ultrasonido fetal que se hará antes de realizar el aborto.

2. El proveedor me ha brindado la oportunidad de escuchar la auscultación del tono cardíaco fetal, si este fuese audible, al menos dieciocho (18) horas antes del aborto. Elegí lo siguiente: *(Marque lo que ha elegido.)*

_____ Deseo escuchar la frecuencia cardíaca fetal, si fuese audible, antes del aborto.

_____ No deseo escuchar la frecuencia cardíaca fetal, si fuese audible, antes del aborto.

3. Este formulario se rellena antes de realizar el 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 tutor (de ser requerida)

Se requiere el consentimiento del padre/madre o tutor si se le 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 brindado la oportunidad de ver la imagen del ultrasonido fetal al menos dieciocho (18) horas antes del aborto.
3. A mi hija o pupila se le ha brindado la oportunidad de escuchar la frecuencia cardiaca fetal, si fuese audible, al menos dieciocho (18) horas antes del aborto.
4. Este formulario se rellanó antes de realizar el aborto.

Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta

Relación con la paciente

Firma del padre/madre/tutor

Fecha (*mes, día, año*)

Hora

Certificación del proveedor

Yo certifico que:

1. Al menos dieciocho (18) horas antes de que se realizara el aborto, se le ofreció a la paciente anteriormente identificada la oportunidad de ver la imagen del ultrasonido fetal y aceptó o declinó la oportunidad, según se indicó anteriormente.
2. Al menos dieciocho (18) horas antes de que se realizara el aborto, se le ofreció a la paciente anteriormente identificada la oportunidad de escuchar la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal, si fuese audible y aceptó o declinó la oportunidad, según se indicó anteriormente.
3. 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*)