

**CONSENTIMIENTO INFORMADO****INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO
LEY 27.610****NIÑA/E/O, ADOLESCENTE, MUJER O PERSONA CON OTRA IDENTIDAD
DE GÉNERO Y CAPACIDAD DE GESTAR**

Nombre y apellido: Documento (tipo y N°):

Domicilio: Localidad: Provincia:

Edad: Fecha de nacimiento: / /

Fecha de la primera
consulta en este servicio de salud: / / N° de historia clínica:**Confirmando que:**

- ✓ Recibí información clara, precisa y adecuada de una manera comprensible para mí, sobre:
 - los diferentes métodos para interrumpir un embarazo según las semanas de gestación, sobre cómo funcionan, y sobre sus efectos y características, incluyendo sus beneficios, desventajas y riesgos;
 - mi derecho a un trato digno, a la privacidad y confidencialidad, a la autonomía de mi voluntad, así como también mi derecho a acceder a información y a recibir atención de calidad (artículo 5, Ley 27.610).
- ✓ Entendí la información recibida.
- ✓ Tuve la oportunidad de realizar preguntas que fueron aclaradas, y entiendo que puedo realizar todas las preguntas adicionales que me surjan después de firmar este consentimiento.
- ✓ Sé que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento antes de iniciar el procedimiento aún cuando haya firmado este consentimiento.

De este modo, de acuerdo con el artículo 4 de la Ley 27.610, consiento libremente a:*(señalar lo que corresponda)*

- ☐ *Interrumpir voluntariamente este embarazo sin manifestar motivo porque me encuentro dentro de las 14 semanas inclusive de gestación, o*
- ☐ *Interrumpir legalmente este embarazo por los siguientes motivos: está en peligro mi salud o mi vida, o por ser un embarazo resultado de violación.*

.....
Firma de la persona gestante.....
Aclaración.....
Día Mes Año.....
Firma del/a profesional interviniente.....
Aclaración.....
Día Mes Año.....
Matrícula N°

**El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante.
Debe dejarse constancia o adjuntarse este consentimiento en la historia clínica.**