



**DECLARACIÓN DE ENTREGA Y RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA LEY 21.030 QUE  
DESPENALIZA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES Y  
AUTORIZACIÓN DE INGRESO AL PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO**

**Nombre:** .....

Cédula de Identidad N° .....

Con domicilio en.....

Ciudad de....., Región.....

Fecha de nacimiento.....

**Diagnóstico de embarazo, Gestaciones-Partos-Abortos (G/P/A ) y edad Gestacional**

.....

**Fecha Diagnóstico...../...../.....**

**Nombre del o los profesionales que realizaron el diagnóstico:**

.....  
.....  
.....

Declaro que:

- 1) He recibido toda la información verbalmente y por escrito sobre las alternativas para continuar o interrumpir mi embarazo, incluyendo la oferta de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles.
- 2) He comprendido todas las alternativas, he podido aclarar mis dudas, las que me han sido respondidas satisfactoriamente.
- 3) He sido informada que tengo derecho a participar en un programa de acompañamiento, previo a tomar mi decisión, tanto para el proceso de orientación como de la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso.
- 4) De acuerdo con lo que me han explicado, puedo cambiar mi decisión, si me encuentro dentro de los plazos requeridos, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

| Y me han informado de (marcar con una X la información recibida, según profesional):   | Médico tratante | Asistente social |
|--|-----------------|------------------|
| Mi condición de salud y de la gestación, de los riesgos que involucra tanto la continuación como la interrupción del embarazo, y de otras consideraciones clínicas relevantes para la toma de decisión.                                |                 |                  |
| Programa de acompañamiento al que tengo derecho.   |                 |                  |
| Atención integral y cuidados paliativos al recién nacido, en caso de sobrevivencia, según corresponda  |                 |                  |
| Denuncia o comunicación a Fiscalía en caso de tratarse de una violación y mi derecho a comparecencia voluntaria  |                 |                  |
| Procedimiento de toma de muestra para análisis médico legal cuando corresponda y su destino.   |                 |                  |
| En caso que yo sea menor de 14 años, o mujer declarada interdicta judicialmente, que la interrupción del embarazo requiere también la autorización de mi representante legal o de un Tribunal, en subsidio en determinadas condiciones |                 |                  |
| En caso que yo haya cumplido 14 años y sea menor de 18, mi decisión de la interrumpir mi embarazo debe ser informada a mi representante legal, u otro adulto, en determinadas circunstancias   |                 |                  |

#### **DECLARACIÓN DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Firma de la mujer

.....

#### **DECIDO:**

- a) Aceptar e iniciar el programa de acompañamiento: .....
- b) Rechazar el programa de acompañamiento: .....

Representante Legal si procede:

Nombre: .....

Teléfono:.....

RUT: .....

Firma.....

#### **DECLARACIÓN DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN**

Identificación del profesional responsable de la entrega de la Información sobre la Ley N°21.030

Nombre: .....RUT: ..... Firma.....

Ciudad: .....Fecha: .....

**EL PRESENTE DOCUMENTO, SE EXTIENDE POR DUPLICADO, EL ORIGINAL DEBE INCORPORARSE A LA FICHA CLÍNICA Y LA COPIA SE ENTREGA A LA MUJER.**