

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) PARA MUJERES CON DISCAPACIDAD MENTAL PSIQUICA O INTELECTUAL, DECLARADAS INTERDICTAS QUE CUENTAN CON REPRESENTANTE LEGAL**

Estoy en conocimiento de que mi representada Sra-Srta (nombre completo):

.....

Rut: .....Fecha de Nacimiento: .....

Presenta un embarazo cuyas características me permite solicitar la Interrupción voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley Nº 21.030.

Certifico que he recibido de parte del equipo médico toda la información sobre la situación de salud de mi representada y del procedimiento a utilizar para la interrupción del embarazo, que será lo que se indica a continuación:

<b>Medicamentoso (incluida vía de administración)</b>	
Mifepristona	
Misoprostol	
<b>Instrumental</b>	
• Aspiración endouterina (manual o eléctrica)	
• Legrado uterino	
• Dilatación y evacuación uterina	
• Inducción parto prematuro	
• Cesárea	

**He recibido información sobre:**

Riesgos más frecuentes del procedimiento	
Efectos secundarios o complicaciones posibles y su manejo	

**También me han informado que este procedimiento se realizará de forma:**

Ambulatoria	
Hospitalizada	

Se me ha explicado el tipo de sedación y/o anestesia (local o general) que se utilizará, incluidos sus riesgos, y que recibirá medicamentos para tratar el dolor según lo requiera.

**Entiendo que el procedimiento que se le realizará, puede ser modificado por decisión médica durante la realización de éste, por razones clínicas que se presenten en el momento con el fin de resguardar su salud.**

Me han explicado también que, una vez de alta:

- Debe consultar inmediatamente en caso de presentar: .....
- Será controlada en: .....
- He comprendido la información que se me ha entregado en forma detallada, sobre los procedimientos y riesgos del método que se utilizará, he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.
- Se me ha explicado, que de acuerdo lo que señala la ley, para proceder a la IVE en el caso de mi representada **se debe hacer lo posible por conocer y respetar su voluntad o preferencia al respecto.**
- Entiendo también que puedo cambiar de opinión y revocar este consentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que tiene derecho mi representada.

***Por lo enteramente señalado, manifiesto estar de acuerdo con que mi representada acceda a este procedimiento.***

<b>Nombre de la Paciente:</b>	Firma o huella digital:
Nº de RUN:	Fecha de Nacimiento:

<b>Nombre completo del Representante legal :</b>	Firma:
Nº de RUN:	Fecha de Nacimiento:

<b>Nombre del médico o profesional que aplica el CI:</b>	Firma:
Nº de RUN:	

<b>Nombre Ministro de Fe/Asistente para la lectura/Facilitador intercultural:</b>	Firma:
Nº de RUN:	



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.**