

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) EN MUJERES ADULTAS Y ADOLESCENTES ENTRE 14 Y 18 AÑOS Y MUJERES CON DISCAPACIDAD, NO DECLARADAS INTERDICTAS

Estoy en conocimiento de que presento un embarazo cuyas características me permite solicitar la Interrupción Voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley N° 21.030, y por ello manifiesto mi voluntad de acceder a este procedimiento.

Certifico que he recibido de parte del equipo médico toda la información sobre mi situación de salud y del procedimiento instrumental que corresponde:

Medicamentoso (incluida vía de administración)	
Mifepristona	
Misoprostol	
Instrumental	
• 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 o se me explicará previo el ingreso a pabellón el tipo de sedación y/o anestesia (local o general) que se utilizará, incluidos sus riesgos, y que recibiré medicamentos para tratar el dolor según lo requiera.

Entiendo que el procedimiento que se me 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 mi salud.

Me han explicado también que, una vez de alta:

- Debo consultar inmediatamente en caso de presentar:

- Seré contratada 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.
- 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 tengo derecho.

Nombre de la Paciente:	Firma o huella digital:
Nº de RUN:	Fecha de Nacimiento:

Nombre del médico o profesional que aplica el CI:	Firma:
Nº de RUN:	

Nombre Ministro de Fe/Asistente para la lectura o entrega de la información en caso de discapacidad sensorial mental, psíquica o intelectual/Facilitador intercultural:	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.