

ASENTIMIENTO PARA ADOLESCENTES MENORES DE 14 AÑOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SU REPRESENTANTE LEGAL PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

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 el procedimiento que se me realizará, que será el que se indica a continuación:

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 explicará previo 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 contralada 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.

Se me ha explicado también que, de acuerdo a mi edad, además de manifestar mi voluntad para la interrupción del embarazo, se requiere solicitar la autorización de mi representante legal.

Firma del asentimiento por parte de la adolescente:

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

Ciudad: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Estoy en conocimiento de que mi representada Srta: (nombre completo de la adolescente)

.....

Rut:Fecha de Nacimiento:

Presenta un embarazo cuyas características le permiten solicitar la interrupción voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley Nº 21.030.

Declaro que he recibido de parte del equipo médico toda la información sobre su situación de salud y del procedimiento a utilizar para la interrupción del embarazo, que será el que se indica a continuación:

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

Entiendo que el procedimiento que se le realizará a mi representada, 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:

- Deberá consultar inmediatamente en caso de presentar:.....
- Será contratada en:.....

- He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento 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 con lo que señala esta Ley, para proceder a la interrupción del embarazo, es necesario contar también con el asentimiento de mi representada.
- Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este consentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que mi representada tiene derecho.

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

Nombre completo del Representante legal :	Firma:
Nº de RUN:	Fecha de Nacimiento:

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

Nombre Ministro de Fe/Asistente para la lectura/Facilitador intercultural (si lo hubiera):	Firma:
Nº de RUN:	

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

Ciudad: _____

Fecha: _____