**SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA / LEGAL DEL EMBARAZO**

Datos de la persona declarante:

Nombre y apellido

DNI:

Domicilio Completo:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Ciudad:

Requiero formalmente la interrupción del embarazo, en los términos de la Ley Nacional N° 27.610. A los fines referidos manifiesto expresamente:

1) Que he recibido información en un lenguaje claro y sencillo sobre los diferentes métodos mediante los cuales puede llevarse a cabo la interrupción de este embarazo por su edad gestacional-incluido el aborto medicamentoso-, sobre la naturaleza e implicancias que tiene cada una de ellos sobre mi salud, sobre las características de cada uno de los procedimientos disponibles, sus riesgos, beneficios y consecuencias.

2) Que he entendido la información que se me ha dado.

3) Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente.

4) Que, conforme a lo explicado, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en la localidad de……………….. a los………días del mes de ………… del año:……….

FIRMA Y ACLARACIÓN

Datos de la/el representante legal o allegado/a o sistema de apoyo (de corresponder)

Señalar lo que corresponda:

* Persona menor de 13 años
* Adolescentes de entre 13 y 16 años si el procedimiento pone en riesgo grave su salud o su vida.
* Personas con sentencia judicial firme vigente de incapacidad o restricción de la capacidad para la toma de decisiones vinculadas al cuidado de su salud.

Nombre y apellido:

Documento (tipo y N°):

Domicilio:

Ciudad:

Firma de la/el representante legal o allegado o sistema de apoyo:

Firma del o de las/los profesionales médicos:

Matrícula N°

*El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la persona interesada.*