

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO LEY 21.030

Nombre del Paciente			
Cédula de Identidad N°			
Con domicilio en			
Ciudad		Región	
Fecha de nacimiento			

Requiero formalmente y bajo mi voluntad se **me realice la interrupción de mi embarazo** en los términos establecidos en el artículo 1 de la ley N° 21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, invocando la causal del N° ____ del artículo 119 del Código Sanitario, esto es;

N° de la causal	Definición	Marcar causal solicitada
1	Riesgo vital materno, de modo que la interrupción del embarazo, evitará un peligro para la vida.	
2	El embrión o feto padece de una patología congénita adquirida o genética incompatible con la vida extrauterina independiente, siendo de carácter letal.	
3	Resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de 12 semanas. En el caso de niñas menores 14 años la interrupción de embarazo de debe ser superior de 14 semanas de gestación.	

Declaro libre y voluntariamente que según diagnóstico (s) informado (s) por equipo médico correspondiente a _____ y según las semanas de gestación actual correspondiente a _____ al día de hoy ____/____/____, se realice la interrupción de mi embarazo.

Nombre del o los profesionales que realizaron el diagnóstico:

Declaro:

1. Que he sido informada verazmente sobre las características de la prestación médica, según lo establecido en los artículos 8 y 10 de la ley N° 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
2. Que seré derivada a un equipo multidisciplinario, pues es mi derecho a participar en un programa de acompañamiento, previa mi autorización, el cual es un proceso de entendimiento, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso. Este acompañamiento incluirá acciones de acogida y apoyo ante la confirmación del diagnóstico y en cualquier otro momento de este proceso. En este programa seré informada verbalmente y por escrito sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo las de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles. Seré informada, además, de todas las alternativas que tiene el procedimiento de interrupción del embarazo, antes de que éste se lleve a cabo.

3. Que el equipo multidisciplinario está conformado por un equipo médico gineco-obstetra, el cual se asignará según disponibilidad y rotación de éste. Además, el equipo cuenta con la posibilidad de tener acceso a una asistente social y psicólogo(a) en caso de ingresar al programa de acompañamiento.
4. En el caso que el profesional que me haya asistido en primera instancia sea objetor de conciencia en cualquiera de estas 3 causales, tengo derecho a una derivación rápida y eficiente con otro profesional no objetor de conciencia para la causal que solicito.
5. Que he entendido la información que se me ha dado.
6. Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente.
7. Que, conforme lo explicado puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención. (Interrupción del embarazo)

En prueba de conformidad con lo expuesto declaro nuevamente mi voluntad de interrupción de embarazo según lo que me ampara la ley 21.030 que despenaliza el aborto en 3 causales y firmo el presente documento para dar inicio a canalización de procedimientos posteriores.

Firma de la Mujer	Fono:
Email:	
Nombre del profesional médico responsable de entrega de información	Firma:
Nº de RUN:	
Equipo médico de derivación:	

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