

DECLARACIÓN DE ENTREGA Y RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA LEY 21.030 QUE DESPENALIZA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES Y AUTORIZACIÓN DE INGRESO AL PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO

Nombre del Paciente			
Cédula de Identidad N°			
Con domicilio en			
Ciudad		Región	
Fecha de nacimiento			
Diagnóstico de embarazo, Gestaciones-Partos-Abortos (G/P/A) y edad Gestacional (EG)			
Fecha Diagnóstico			
Nombre del o los profesionales que realizaron el diagnóstico:			

Declaro que:

1. He recibido toda la información verbalmente y por escrito sobre las alternativas para continuar o interrumpir mi embarazo, incluyendo la oferta de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles.
2. He comprendido todas las alternativas, he podido aclarar mis dudas, las que me han sido respondidas satisfactoriamente.
3. He sido informada que tengo derecho a participar en un programa de acompañamiento, previo a tomar mi decisión, tanto para el proceso de orientación como de la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso.
4. De acuerdo con lo que me han explicado, puedo cambiar mi decisión, si me encuentro dentro de los plazos requeridos, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

Y me han informado de (marcar con una X la información recibida, según profesional):	Médico tratante	Asistente social
Mi condición de salud y de la gestación, de los riesgos que involucra tanto la continuación como la interrupción del embarazo, y de otras consideraciones clínicas relevantes para la toma de decisión.		
Programa de acompañamiento al que tengo derecho.		
Atención integral y cuidados paliativos al recién nacido, en caso de sobrevivencia, según corresponda.		
Denuncia o comunicación a Fiscalía en caso de tratarse de una violación y miderecho a comparecencia voluntaria.		
Procedimiento de toma de muestra para análisis médico legal cuando corresponda y su destino.		
En caso que yo sea menor de 14 años, o mujer declarada interdicta judicialmente, que la interrupción del embarazo requiere también la autorización de mi representante legal o de un Tribunal, en subsidio en determinadas condiciones		
En caso que yo haya cumplido 14 años y sea menor de 18, mi decisión de la interrumpir mi embarazo debe ser informada a mi representante legal, u otro adulto, en determinadas circunstancias.		

DECLARACIÓN DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Firma de la mujer: _____

DECIDO:

a. Aceptar e iniciar el programa de acompañamiento: _____

b. Rechazar el programa de acompañamiento: _____

Representante Legal si procede:

Nombre: _____

Teléfono: _____

RUT: _____

Firma: _____

DECLARACIÓN DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN

Identificación del profesional responsable de la entrega de la Información sobre la Ley N°21.030

Nombre: _____ RUT: _____ Firma: _____

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.