

## Formulario de Constancia y Consentimiento

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo al Dr. \_\_\_\_\_  
("el médico") y a cualquier asistente que él mismo designe, a que me practique la(s) siguiente  
operación(es) o procedimiento(s):

\_\_\_\_\_  
(Nombre(s) de la(s) operación(es) o procedimiento(s))

Entiendo que tengo aproximadamente \_\_\_\_\_ semanas de embarazo.  
Doy mi consentimiento para que se me practique un procedimiento de aborto a fin de terminar mi  
embarazo. Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento sobre el procedimiento de  
aborto en cualquier momento antes de que se realice el mismo. Entiendo que es ilegal que  
alguien me fuerce a buscar el aborto. Dejo constancia de que por lo menos 24 horas antes del  
aborto programado recibí o revisé una copia de cada uno de los siguientes documentos:

- a) Una descripción, ilustración o fotografía médicamente precisa de un feto con edad  
de gestación aproximadamente igual a la de mi feto.
- b) Una descripción escrita del procedimiento médico que se usará para realizar el aborto.
- c) Un folleto informativo sobre cuidado prenatal y paternidad.
- d) Un resumen de la evaluación previa sobre la prevención de la coerción al aborto.

Si alguno de los documentos citados anteriormente fueron transmitidos por facsímile, certifico que  
dichos documentos eran claros y legibles.

Dejo constancia de que el médico que va a practicar el procedimiento de aborto me ha explicado  
verbalmente lo siguiente:

- i El riesgo específico sobre mi persona, si lo hubiere, a causa de las complicaciones  
asociadas con el procedimiento al cual me voy a someter.
- ii El riesgo específico sobre mi persona, si lo hubiere, a causa de las  
complicaciones si decido continuar con el embarazo.

Dejo constancia de que recibí toda la información siguiente:

- e) Información sobre qué hacer y a quién contactar en caso de que puedan surgir  
complicaciones a causa de este aborto.
- f) Información sobre los servicios disponibles relacionados con el embarazo.

Se me dio la oportunidad de hacer preguntas sobre la operación(es) o procedimiento(s).

Certifico que no tuve que hacer ningún pago por un aborto ni por servicios médicos  
relacionados con el aborto antes de la expiración de un plazo de 24 horas después de haber  
recibido los materiales escritos enumerados en a), b), c) o d) más arriba, o 24 horas después  
de la hora y fecha indicadas en el formulario de confirmación, si los materiales que figuran en  
el párrafo C fueron revisados.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha