

## SOLICITUD Y CONSETIMIENTO INFORMADO

### DATOS DE LA PERSONA DECLARANTE

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Documento (tipo y N°) \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N° de afiliado \_\_\_\_\_

Requiero formalmente la interrupción voluntaria del embarazo 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 y retiro la medicación prescrita en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma de la persona interesada ..... Aclaración .....

### EN CASO DE MENORES.

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 toma decisiones
- Vinculadas al cuidado de su salud

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Documento (tipo y N°) \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

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

=====

Firma del o de las/los profesionales médicos ..... Matrícula N° .....

**El presente documento deberá entregarse en Farmacia, al momento de retirar el medicamento, bajo estricta confidencialidad establecida en el art 5° inc b, Ley 27610.**

**Que es obligación la presentación de este formulario con la firma y matricula del medico tratante que brindo la información necesaria a la solicitante.**

**Que es obligación además de la presentación de este formulario, los RP, con indicación médica de los fármacos, especificando cantidad y nombre genérico.**