

**SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO 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 .....

**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 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