

Lista de Verificación de Consentimiento Informado

AVISO A TODOS LOS PACIENTES

La ley de Arkansas prevé que los abortos pueden realizarse sólo con el consentimiento voluntario e informado del paciente. En cumplimiento con la ley 1086 del 2015 y la ley 1696 del 2005, este formulario es importante para asegurar de que se le ha proporcionado toda la información necesaria para tomar una decisión plenamente informada.

Certificación de Recibimiento de Información de Aborto

Certifico que he recibido los materiales impresos titulados “Aborto – Haciendo una Decisión” y “Directorio de Servicios en Arkansas” y una copia del DVD titulado “Aborto – Haciendo una Decisión”.

Entiendo que la ley de Arkansas requiere que se me entreguen estos materiales informativos al menos 48 horas antes de somerme a un aborto. También entiendo que si no puedo leer esta información, esta debe ser leída para mí en un lenguaje que yo pueda entender. Yo certifico que este requisito de la ley ha sido cumplido para mí.

Firma del Paciente

Fecha

Certificación de Consentimiento Voluntario e Informado para el Aborto

En _____ (fecha), recibí información en forma verbal y en persona por _____
(nombre del doctor quien realizara el aborto, o doctor que ha hecho la referencia) sobre lo siguiente:

- El nombre del doctor quien realizará el aborto
- Una descripción del método de aborto propuesto
- Los riesgos médicos inmediatos y a largo plazo asociados con ese procedimiento específico de aborto
- Alternativas al aborto
- La probable edad gestacional del bebé en el vientre al momento en que se realizará el aborto.
- Las probables características anatómicas y fisiológicas del bebé en el vientre al tiempo en que se realizará el aborto.
- Los riesgos médicos asociados con llevar al bebé a completar todo el embarazo
- La necesidad de terapia de inmunoglobina anti-Rh si soy Rh negativo, las probables consecuencias de negarse a dicho tratamiento y el costo de la terapia.
- Información sobre la reversión de los efectos de los medicamentos inductores de aborto



En _____ (fecha), recibí información en forma verbal y en persona por _____
(nombre del doctor quien realizará el aborto, o doctor que ha hecho la referencia o persona calificada)
sobre lo siguiente:

___ De que los beneficios de asistencia médica pueden estar disponibles para la atención prenatal, el parto y la atención neonatal y que información más detallada sobre la disponibilidad de dicha ayuda se encuentra contenida en los materiales impresos y el DVD informativo que se me ha proporcionado.

___ Que los materiales informativos impresos y el DVD informativo describen al bebé que está en el vientre y lista las agencias que ofrecen alternativas al aborto

___ Que el padre del bebé tiene la responsabilidad legal de apoyar en el sostenimiento del bebé, aún en el caso de que él haya ofrecido pagar por el aborto.

___ Que soy libre de retener o retirar mi consentimiento al aborto en cualquier momento sin que afecte mi derecho a obtener futura atención o tratamiento y sin la pérdida de alguno de los beneficios financiados con fondos federales o estatales a los que podría tener derecho

___ Que la información contenida en los materiales impresos y en el DVD, incluyendo el Directorio de Servicios, está disponible en la página web del Departamento de Salud de Arkansas en el (www.healthy.arkansas.gov)

Yo certifico y afirmo que he recibido la información arriba mencionada al menos 48 horas antes de someterme a un aborto, que la información me fue entregada en un cuarto privado y que se me dio la oportunidad de hacer preguntas. Por medio de la presente doy voluntariamente mi consentimiento plenamente informado para el aborto.

Firma del Paciente

Fecha



Complete la siguiente sección solo si el embarazo ha progresado a las veinte (20) semanas de edad gestacional o más. El llenado de esta sección es un requisito de la ley 1696 del 2005 y la ley 1086 del 2015.

En _____ (fecha), yo fui informada verbalmente y en persona por _____
(nombre del doctor quien realizará el aborto, o el agente del doctor) de lo siguiente:

- ____ Que a las 20 semanas de edad gestacional, el feto posee todos los enlaces anatómicos en su sistema nervioso que son necesarios para sentir dolor
- ____ Que un feto de 20 semanas de gestación o más es completamente capaz de experimentar dolor.
- ____ De una descripción de los pasos a seguir en el procedimiento que se realizará o inducirá y a cual paso de ese procedimiento el feto podrá sentir dolor
- ____ Que la anestesia materna normalmente ofrece poca prevención del dolor en el bebé en el vientre
- ____ Que un anestésico o analgésico o ambos están disponibles para que el dolor en el feto sea minimizado o aliviado. He sido informada de los riesgos médicos asociados con el anestésico particular o el analgésico que está disponible.
- ____ Que tengo derecho a ver los materiales impresos relacionados con la conciencia del dolor del bebé que está en el vientre
- ____ Entiendo que la información relacionada con la conciencia del dolor del bebé que está en el vientre se encuentra en los materiales impresos suministrados y en la página de web del Departamento de Salud de Arkansas (www.healthy.arkansas.gov).
- ____ Entiendo que la información contenida en los materiales impresos fue provista por el Estado de Arkansas

Yo certifico y afirmo que he recibido la información mencionada anteriormente al menos 48 horas antes de someterme a un aborto. Por medio de la presente doy voluntariamente mi consentimiento plenamente informado para el aborto.

Firma del Paciente

Fecha

