**SANATORIO ARGENTINO MATERNIDAD PRIVADA**
**CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO**

*Nombre y Apellido:* …… *en* forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) ……, me realice INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.

Requiero formalmente la interrupción del embarazo, en los términos de la Ley Nacional N°27.610. 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 pos 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 conforme a lo explicado he comprendido el procedimiento propuesto …… y los posibles riesgos, molestias y efectos adversos.
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 en la localidad de San Juan, el 22 de abril de 2021.

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 de decisiones vinculadas al cuidado de su salud.

Firma de paciente: ……. Aclaración:……

Firma de la/el representante legal o allegado o sistema de apoyo: …….
Aclaración:……

Firma de médico: ……. Sello

**REVOCABILIDAD:**

Habiendo comprendido lo informado por escrito y verbalmente, y estando en pleno uso de mis facultades; manifiesto que en uso de mis derechos como Responsable, NO otorgo consentimiento para:
- Que se realice el procedimiento…… asumiendo los riesgos que se deriven de mi decisión.

..... .....
Firma del padre/madre o Responsable Firma Testigo

DNI N°:..... DNI N° .....

SANATORIO ARGENTINO