



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IVE DE LA ESE HSJM

GO-PT-01

PAGINA:

VERSION No: 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Yo, _____ de _____ años de edad, con C.C. (T.I.) _____ de _____, por la presente deo constancia escrita que toda la información dada por mí al personal de la Institución es exacta y verdadera según consta en mi historia clínica y que me encuentro en embarazo con _____ semanas de gestación. Que por tratarse de un embarazo: Resultado de un acto sexual sin consentimiento. (Anexo denuncia) Que de continuar, constituye un peligro para mi vida o mi salud. (Se anexa certificado médico) En el que me han diagnosticado que existe una grave malformación del feto que hace inviable su vida. (Se anexa certificado médico) Libre y voluntariamente solicito y autorizo a

_____ al llevar a cabo la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) a través de un Tratamiento con Medicamentos; luego de haber tenido la oportunidad de discutir ampliamente las posibilidades que tengo, entre ellas la continuación del embarazo. Mi médico tratante ha practicado los exámenes necesarios, me ha informado detalladamente sobre mi situación y las posibles alternativas de tratamiento y me ha explicado los riesgos de cada una de ellas. Se me ha informado que la efectividad aproximada de este tratamiento es del 94% y en consecuencia si hay una falla, deberé someterme a un tratamiento quirúrgico, por dilatación y aspiración. Me han informado los síntomas que puedo esperar y las posibles complicaciones que pueden suceder y que en mi caso particular existe un mayor riesgo de _____ a _____ debido _____.

_____ Sin embargo, entiendo que se han tomado todas las medidas de cuidado, prevención y prudencia para evitar la presencia de cualquier complicación. Autorizo también a la institución a solicitar y efectuar mi traslado a un servicio hospitalario, si los médicos lo consideran necesario. Me comprometo a consultar en caso de presentar cualquier complicación durante el tratamiento y a seguir todas las recomendaciones recibidas del personal de la Institución.

Firma de la Paciente_____
Firma del médico (a)

Ciudad, Fecha y hora: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IVE DE LA ESE HSJM

ADX-PT-01

PAGINA:
2

VERSION No: 01

TUTOR LEGAL O FAMILIAR EN CASO DE INCAPACIDAD PARA CONSENTIR

Sé que la paciente _____ ha sido considerada por ahora incapaz de tomar por sí misma la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento arriba descrito. El médico me ha explicado de forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento. También se me ha explicado de sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello YO _____, con documento de Identidad _____ en calidad de _____ de la paciente, doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

Firma del Tutor_____
Parentesco_____
Ciudad_____
Fecha

Creado:	26/10/2021
Última Revisión:	10/11/2022