

Estado de Missouri
Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad
Lista de verificación de consentimiento informado: aborto

Certifico que un médico u otra persona calificada me brindó información siguiente en persona, oralmente y como resumen por escrito al menos 72 horas antes del procedimiento.

Ponga sus iniciales en cada línea.

_____ Me han dado el nombre del médico que realizará o inducirá el aborto y un número de contacto para contactar al médico más adelante si tengo preguntas.

_____ Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre el aborto al médico que realizará o inducirá el aborto.

_____ Me han informado sobre los riesgos médicos inmediatos y a largo plazo vinculados con el método de aborto propuesto, la anestesia y los medicamentos que se administrarán, la edad gestacional del feto y cualquier afección médica que tenga y antecedentes médicos que he provisto. (Consulte las páginas 13-15 del Folleto de consentimiento informado).

_____ Me han informado sobre las alternativas al aborto y me han ofrecido información sobre estas opciones.

_____ Me han indicado la edad gestacional del feto y me han informado sobre las características anatómicas y fisiológicas del feto. (Consulte las páginas 3-12 del Folleto de consentimiento informado)

_____ Me han dado una descripción del método de aborto propuesto. (Consulte la página 13 del Folleto de consentimiento informado)

_____ Me han dado la oportunidad de ver una ecografía activa. Si decidí ver una ecografía activa de otro proveedor, me dieron un tiempo razonable para hacerlo antes de realizarme el aborto.

_____ Me han dado la oportunidad de escuchar el latido del feto en desarrollo, si era audible.

_____ Certifique que me han provisto la información siguiente:

- El folleto titulado “Folleto de consentimiento informado de Missouri”, que brinda información sobre cómo crece el bebé durante el embarazo, los métodos de aborto inducido y sus riesgos, dolor fetal, información de paternidad para madres y padres, información sobre manutención infantil e información sobre alternativas al aborto, incluido el Programa de alternativas al aborto de Missouri.
- Una lista proveedores del Programa de alternativas al aborto.
- Una lista de proveedores de información para asistencia durante el embarazo.
- Una lista de proveedores de ecografía fetal.

_____ Certifico que el médico que realizará o inducirá el aborto me informó oralmente y en persona, al menos 72 horas antes del procedimiento, sobre

(1) Los riesgos médicos inmediatos y a largo plazo vinculados con el método de aborto propuesto, incluidos, entre otros, infección, hemorragia, desgarro o perforación del cuello uterino, daño en posteriores embarazos o la capacidad de llevar un posterior embarazo a término, y posibles efectos adversos psicológicos asociados con el aborto; y

(2) Los riesgos médicos inmediatos y a largo plazo para mí teniendo en cuenta la anestesia y la medicación que se administrarán, la edad gestacional del niño no nato y mis antecedentes médicos y afecciones médicas.

_____ Entiendo que soy libre de mantener o retirar mi consentimiento para un aborto en cualquier momento sin afectar mis derechos a futuros cuidados o tratamientos y sin perder ningún beneficio financiado a nivel estatal o federal al que tengo derecho.

_____ Certifico que me dieron esta información en un lugar individual donde mi privacidad quedó resguardada y se mantuvo la confidencialidad de mi decisión.

_____ Certifico que mi decisión es voluntaria e informada, libre y sin coerción.

Atestigo que me brindaron toda la información mencionada el:

Fecha _____

Hora _____

Nombre de la paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Firma de la paciente: _____ Fecha _____

Firma de padre/tutor: _____ Fecha _____

Médico/persona calificada: _____ Fecha _____

Médico que realizará el aborto: _____ Fecha _____