

SOLICITUD y CONSENTIMIENTO INFORMADO  
INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO - ABORTO NO PUNIBLE

Nombre y Apellido:.....  
Documento (tipo y N°):.....  
Domicilio:.....  
Ciudad de:..... Provincia:.....  
Edad:..... Fecha de nacimiento:.....  
N° de historia clínica:.....

Mayor y capaz, requiero formalmente la interrupción del embarazo,  
en los términos del Art. 86 inc. 1° y/o 2° del Código Penal.

**A los fines referidos declaro expresamente:**

- 1) Que he sido informada en un lenguaje claro y sencillo sobre la naturaleza e implicancias que sobre la salud tiene la intervención que solicito, las características del procedimiento, sus riesgos 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 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..... a los..... días del mes de..... de.....

Firma de la interesada.....

Firma del o de los profesionales médicos responsables del procedimiento de  
consentimiento informado.....MN°.....

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse  
a la historia clínica y la copia se entrega a la interesada.