

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE  
INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO MUJER MENOR DE 14 AÑOS O INCAPAZ - ANP

Datos del/ de la requirente (Representante legal)

Nombre y apellido:.....

Documento tipo y N°:.....

Con domicilio en:.....

Ciudad de:....., Provincia de:.....

Datos de la beneficiaria

Señalar lo que corresponda:

1. Menor de 14 años

2. Incapaz (idiota o demente)

Nombre y Apellido:.....

Documento (tipo y N°):.....

Fecha de nacimiento:.....

Con domicilio en:.....

Ciudad de:..... Provincia:.....

N° de historia clínica:.....

**Completar sólo en caso de incapaces.**

**(si no presenta constancia/certificado de discapacidad mental):**

Diagnóstico psicológico, psiquiátrico o neurológico:.....

.....

Fecha:.....

Profesional:.....

Requiero formalmente se realice a mi representada la interrupción del embarazo en los términos de Art. 86 inc. 1° y/o 2° del Código Penal.

**A los fines referidos acompaño copia fiel de la documentación que me acredita como representante legal y declaro expresamente:**

1) Que he sido informado/a sobre la naturaleza e implicancias sobre la salud de mi representada de la **intervención que solicito, 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 del representante legal.....
- Firma del o los profesionales médicos responsables del procedimiento de consentimiento informado.....

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