



CONSENTIMIENTO INFORMADO PROFESIONAL

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO

LEY 27.610

DATOS DEL/LA PROFESIONAL INTERVINIENTE

Nombre y apellido:

N.º de Matrícula:

Especialidad:

Teléfono de contacto:

Correo Electrónico:

Fecha y Hora de atención inicial de paciente:

Confirmo que:

- ✓ Brindé información clara, precisa y adecuada de una manera comprensible para la persona gestante, sobre:
 - los diferentes métodos para interrumpir un embarazo según las semanas de gestación, sobre cómo funcionan, y sobre sus efectos y características, incluyendo sus beneficios, desventajas y riesgos;
 - su derecho a un trato digno, a la privacidad y confidencialidad, a la autonomía de su voluntad, así como también su derecho a acceder a información y a recibir atención de calidad (art 5, Ley 27.610).
- ✓ Atendí respetando la cobertura al 100% que IAPOS brinda para la/s consulta/s y/o práctica/s de interrupción del embarazo.
- ✓ Estoy en conocimiento y acepto que las afiliadas y los afiliados que requieran consultas y/o prácticas de interrupción de embarazo no se les podrá solicitar ninguna suma de dinero y/o coseguro, ni siquiera en calidad de depósito. Cualquier comportamiento que incumpla estos términos será motivo suficiente para la exclusión del padrón para la realización de estas prácticas.

Firma de la persona gestante

Aclaración

Día Mes Año

Firma del/a profesional interviniente

Aclaración

Día Mes Año