**PLANNED PARENTHOOD ASSOCIATION OF UTAH**

Consentimiento informado de interrupción del embarazo

Estoy de acuerdo en respetar la confidencialidad y privacidad de los demás. Tu estas participando en una sesión educativa, y no te proporcionaremos con un diagnóstico médico ni asesoramiento en este momento. Puedes agendar una cita para discutir tu situación específica. Esta sesión no podrá ser grabada.

Entiendo que me estoy reuniendo con un proveedor autorizado en atención médica con licencia por lo menos 72 horas antes de un aborto. Y entiendo que terminare mi embarazo y que recibiré la información siguiente.

1. Que, es mi elección tener este procedimiento de terminación hacia mi embarazo.
2. Eh visto todo el módulo de información obligatorio del estado y eh proporcionado un certificado firmado.
3. Entiendo que puedo tener acceso impreso a materiales publicados por el *State of Utah Department of Health* sin costo alguno. Esta información incluye una detallada descripción del feto y está disponible en [www.health.utah.gov/rhp](http://www.health.utah.gov/rhp) o al preguntarle a alguien del personal por una copia.
4. Me han proporcionado con las opciones de los procedimientos de los que puedo seleccionar, como afectara al feto, al igual que los alternativos, riesgos, beneficios, y las limitaciones del procedimiento o tratamiento.
5. Me han presentado el procedimiento de la naturaleza de un aborto y las alternativas para la terminación de un embarazo incluyendo adopción y cuidado paternal.
6. Me han informado sobre los riesgos médicos hacia mi para llevar este embarazo.
7. Me han proporcionado información sobre la edad gestacional y una descripción del desarrollo del feto al día del procedimiento.
8. Entiendo que el Estado de Utah ofrece un ultrasonido libre de cargos.
9. Entiendo que si selecciono aborto con medicamentos y solo eh consumido el primer medicamento y estoy preocupada con completar el aborto, debo consultar un médico inmediatamente.

Certifico que he recibido la información antes mencionada, cara-a-cara en la junta educativa al menos 72 horas antes de la hora de la cita para terminar el embarazo.

**Estoy de acuerdo en que una firma electrónica es válida como una firma original impresa.**

Firma del paciente: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre o guardián: ­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soy testigo del hecho de que el paciente tutor legal del paciente (o persona que consienta en su nombre) recibió la información antes mencionada y dijo que leyó y entendió lo mismo.

Firma del proveedor de atención médica autorizado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_