

CERTIFICACIÓN DE PROVISIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL ABORTO ABORTION INFORMATION PROVISION CERTIFICATION

Información General e Instrucciones:

El Wisconsin Statute 253.10(3) requiere que un médico le explique algunas cosas al menos 24 horas antes de que le realicen un aborto excepto en el caso de una emergencia médica o si el embarazo es el resultado de una agresión sexual o un incesto. El médico debe proporcionarle toda la información que se encuentra a continuación, a menos que él/ella determine que un tema en particular de la información podría causar una amenaza significativa, no temporal de daños severos a su salud mental. La ley también requiere que usted acepte voluntariamente por escrito que le realicen un aborto y que complete este formulario.

Para cada declaración a continuación, marque la casilla al lado de la declaración si usted está de acuerdo con que la información le fue proporcionada.

El médico que va a realizar o inducir el aborto es:

(Lo siguiente lo debe llenar el médico que va a realizar o inducir el aborto, o una persona calificada que asista al médico.)

I. Consentimiento Informado

_____ (indique el nombre del médico)

me informó oralmente, en persona, el _____ (indique la fecha), a las _____ a.m./p.m., sobre lo siguiente:

- 1. Que de acuerdo con el criterio médico razonable de mi médico, estoy embarazada y la edad gestacional probable del feto, en esta fecha, es _____ semanas. Las probabilidades numéricas de la supervivencia de un niño por nacer que nazca a esta edad gestacional probable son _____. Esta información también se me proporcionó por escrito.
- 2. La característica anatómica y fisiológica probable del feto en esta fecha.
- 3. Los riesgos médicos particulares, si los hubieran, asociados con el embarazo.
- 4. Los detalles del método médico o quirúrgico que se usarían para realizar o inducir un aborto.
- 5. Los riesgos médicos asociados con el procedimiento que se usaría para el aborto, incluyendo el riesgo de infección, trauma psicológico, hemorragia, endometritis, útero perforado, aborto incompleto, fracaso de aborto o peligro para los embarazos subsecuentes e infertilidad.
- 6. Las instrucciones médicas generales recomendadas a seguir después de un aborto para facilitar una recuperación segura y el nombre y número teléfono de un médico para llamar si surgen complicaciones.
Número de teléfono del médico: _____ (Lo debe llenar el proveedor.)
- 7. Si, de acuerdo con el criterio médico razonable de mi médico, el feto ha llegado a una edad en que podría vivir, el médico que va a realizar o inducir el aborto debe tomar todas las medidas legales necesarias para preservar la vida y la salud del feto.
- 8. Que tengo el derecho de retirar mi consentimiento, anular o no asistir a la cita en cualquier momento antes de que se realice el procedimiento.
- 9. Que no me exigirán ningún pago para el procedimiento hasta después de pasar por lo menos 24 horas después de concluida la consulta para dar consentimiento informado, excepto si yo decido acortar el período de espera porque el embarazo fue resultado de un asalto sexual o incesto o una emergencia médica.
- 10. Una lista de proveedores que realizarán el ultrasonido requerido a ningún costo para mí.

II. Información y Servicios Disponibles (*Salte los artículos del 1 al 3 a continuación si se ha diagnosticado que el feto tiene una anomalía letal.*)

(Indique el nombre del médico que va realizar o inducir el aborto, o el de una persona calificada que asista al médico u otro médico calificado) me informó oralmente, en persona, el _____ (indique la fecha), a las _____ a.m./p.m. sobre lo siguiente:

1. Que beneficios pueden estar disponibles para mí bajo Medicaid o BadgerCare de Wisconsin para pagar por cuidado prenatal, cuidado de parto y neonatal.
2. Que el hombre responsable de mi embarazo es responsable de proporcionarme ayuda para mantener a mi bebé, si nace, aun cuando él haya ofrecido pagar por el aborto.
3. Que tengo el derecho legal de terminar mi embarazo o seguir con mi embarazo y de mantener la colocación del niño en un hogar de adopción temporal por seis meses; para pedirle a la corte que coloque al niño en un hogar de adopción temporal u hogar en grupo o con un pariente; o colocar al niño en adopción bajo un proceso que implica la aprobación de un tribunal de ambos la interrupción voluntaria de la patria potestad y de la adopción.
4. Que tengo derecho a recibir y revisar, en forma gratis, toda la información impresa que tenga el estado que describa al niño no nacido y una lista de las agencias que ofrecen alternativas al aborto.
5. Que si yo he recibido diagnóstico de que el feto tiene alguna discapacidad, tengo derecho a recibir y revisar gratis, información de los servicios de base comunitarios y de los programas de ayuda financiera para niños con discapacidades y sus familias, de grupos de apoyo para personas con discapacidades y padres con hijos con discapacidades y adopción de niños con necesidades especiales.
6. Que tengo derecho a recibir y revisar, en forma gratis, información de las agencias y servicios públicos y privados disponibles que ofrecen información sobre control de natalidad, incluyendo información sobre planificación familiar natural; información sobre los servicios disponibles para las víctimas o personas en riesgo de abuso doméstico, agencias que ofrecen alternativas al aborto e información sobre protección legal para mí y para mi hijo/a en caso que yo me oponga a establecer la paternidad o a terminar los derechos paternales del padre; información sobre la disponibilidad de hospicio perinatal.

La información indicada en los párrafos 5 y 6 está disponible a través del teléfono gratis 1-877-855-7296, además de material impreso del estado, disponible a través de esta instalación.

III. Ultrasonido obstétrico realizado en esta instalación (*si el ultrasonido se llevó a cabo en otro lugar salte esta sección y vaya a la sección IV.*)

(indique el nombre del médico o persona calificada que realizó el ultrasonido)

El _____ (indique la fecha), a las _____ a.m./p.m., se llevó a cabo lo siguiente:

1. Se realizó un ultrasonido obstétrico mediante el transductor que elegí, después de explicarme las opciones disponibles.
2. Me proporcionaron una explicación oral durante el ultrasonido de lo que representa, incluyendo la presencia y ubicación del feto dentro del útero, el número de fetos y la ocurrencia de la muerte de un feto, si hubiera ocurrido una muerte.
3. Me mostraron las imágenes del ultrasonido para que yo pueda verlas, pero no se requería que lo hiciera.
4. Me proporcionaron una descripción de las imágenes del ultrasonido, incluyendo las dimensiones del feto y una descripción de cualquier características externas y órganos internos presentes y visibles en la imagen médica.
5. Me proporcionaron los medios para visualizar los latidos del corazón fetal, pero no se requería que lo hiciera, si los latidos del corazón eran perceptibles por el tipo de ultrasonido que escogí me proporcionaron, de manera comprensible para una persona común, una explicación oral simultánea.

IV. Ultrasonido obstétrico realizado en una instalación diferente (si completó la sección III anterior, salte esta sección.)

El _____ (indique la fecha), en el _____ (indique el nombre de la instalación),
 en _____ (indique la ciudad/estado de la instalación), donde
 un ultrasonido obstétrico fue realizado

1. He proporcionado un certificado firmado por el médico que lo llevo a cabo, o hizo los arreglos para realizar mi ultrasonido obstétrico de que los requisitos especificados en la sección III fueron cumplidos.

V. Renuncia a que se realice un ultrasonido obstétrico

1. He decidido renunciar a que se realice un ultrasonido obstétrico porque mi embarazo es el resultado de una agresión sexual que reporté a las autoridades policiales.

VI. Certificación del paciente

Certifico que toda la información anterior fue proporcionada en un entorno individual que protegió mi privacidad, mantuvo la confidencialidad de mi decisión y aseguró que la información se centrará en mis circunstancias individuales pero que no me previno de tener a una persona de mi elección presente. Certifico que se me permitió tener la oportunidad adecuada para hacer preguntas y que todas mis preguntas fueron contestadas de manera satisfactoria. Certifico que el material impreso me fue físicamente entregado y que cualquier material visual fue puesto a mi disposición.

FIRMA - Paciente

 Fecha de la firma

FIRMA - Paciente, tutor custodio legal, miembro de familia adulto, padres de cuidado temporal o tratamiento, si aplica, para una menor

 Fecha de la firma

FIRMA – Tutor legal del paciente que ha sido declarado incompetente (si aplica)

 Fecha de la firma

Este formulario se debe colocar en el historial médico del paciente y proporcionar una copia al paciente.