

## CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE INFORMACIÓN SOBRE ABORTOS

**(La paciente debe completar este formulario según el Estatuto del Estado de Wisconsin 253.10)**

Se puede permitir una exención del período de espera de 21 horas si el embarazo es resultado de asalto sexual o incesto o si se trata de una emergencia médica.

\_\_\_\_\_ (nombre del médico) me informó en persona, el día \_\_\_\_\_  
a las \_\_\_\_\_ a.m./p.m., lo siguiente:

Que de acuerdo a la opinión razonable de mi médico estoy embarazada y que hasta esta fecha probablemente el período gestacional de mi embarazo es de \_\_\_\_\_ semanas.

1. Me informó las probables características anatómicas y fisiológicas que tiene hasta la fecha el feto.
2. Que hay servicios disponibles de imagen de ultrasonido fetal y auscultación del corazón del feto que permiten ver la imagen o escuchar los latidos del corazón del feto y la forma en que puedo obtener estos servicios.
3. Los riesgos médicos particulares, si es que hay alguno, asociados con mi embarazo.
4. Los detalles del método médico o quirúrgico que se usarían para ejecutar 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, perforación del útero, aborto incompleto, fracaso del aborto, peligro en otros embarazos e infertilidad.
6. Las instrucciones médicas generales recomendadas a seguir después del aborto para facilitar una buena recuperación y el nombre y número de teléfono del médico que debería llamar en caso de haber complicaciones.  
Número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_
7. Que si de acuerdo al juicio médico razonable de mi médico, el feto ha llegado a una edad en que podría vivir, el médico que ejecutaría o induciría el aborto debe tomar todas las medidas legales necesarias para conservar la vida y la salud del feto.
8. Que yo tengo derecho de retirar mi consentimiento, anular la cita o no asistir a la cita en cualquier momento antes de que se ejecute el procedimiento.
9. Que no me exigirán pagar el procedimiento hasta después de pasar por lo menos 24 horas después de completar la consulta para dar consentimiento informado, excepto si yo decido acortar el período de espera porque el embarazo fue resultado de asalto sexual o incesto.

Yo certifico que esta información me la dieron en forma individual para proteger mi privacidad y para que mi decisión se mantenga en forma confidencial y asegurar que la información se basa en mis circunstancias individuales, pero que esta privacidad no impide que me acompañe una persona de mi confianza. Yo certifico también que tuve oportunidad de hacer preguntas y que todas mis preguntas fueron respondidas en forma satisfactoria.

\_\_\_\_\_  
(Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Padre/madre, guardián, custodio legal, familiar adulto, padre/madre sustituto o padre/madre sustituto asistencial, si se refiere a una menor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Guardián de la paciente que se ha considerado incompetente, si corresponde)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

(Nombre del médico o nombre y título profesional de la persona calificada para ayudar al médico) Me informó personalmente el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ a.m./p.m., lo siguiente:

(La información de los párrafos 1 – 3 de esta página se puede omitir si se ha diagnosticado que el feto tiene una anomalía letal)

1. Que yo podría obtener algunos beneficios bajo el Programa de Ayuda Médica para pagar el cuidado prenatal, el parto y el cuidado de bebé recién nacido.

2. Que el hombre que me dejó embarazada es responsable de darme ayuda para mantener a mi bebé, si nace, aún cuando él haya ofrecido pagar por el aborto.

3. Que yo tengo derecho legal de terminar mi embarazo o seguir con mi embarazo y a quedarme con mi bebé, que tengo derecho a colocar a mi bebé en un hogar sustituto o en un hogar de custodia o tratamiento por seis meses o pedirle a la corte que coloque a mi bebé en un hogar sustituto, hogar de custodia o tratamiento o en un hogar colectivo o con familiares o que entregue a mi bebé para que sea adoptado de acuerdo con un proceso que debe ser aprobado por la corte por el cual se terminan voluntariamente mis derechos maternos y se aprueba la adopción.

4. Que yo tengo derecho a recibir y revisar, en forma gratis, toda la información impresa que tenga el estado relacionada al desarrollo del feto.

5. Que si yo he recibido diagnóstico de que el feto tiene alguna discapacidad, yo tengo derecho a recibir y revisar gratis información sobre servicios de base comunitarios y de los programas de ayuda financiera para niños con incapacidades y sus familias, de grupos de apoyo para personas con incapacidades y padres con hijos con incapacidades y adopción de niños con necesidades especiales.

6. Que yo tengo derecho a recibir y revisar, gratis, información de las agencias y servicios públicos y privados disponibles que ofrecen información sobre control de natalidad, incluyendo información sobre planificación familiar natural, agencias que ofrecen alternativas al aborto e información sobre protección legal para mi y para mi hijo/a en caso que yo me oponga a establecer la paternidad o a terminar los derechos paternales del padre.

La información de los párrafos 5 y 6 está disponible llamando al teléfono gratis 1-877-855-7296, además de material impreso del estado.

Yo certifico que esta información me la dieron en forma individual para proteger mi privacidad y para mantener mi decisión en forma confidencial y asegurar que la información se basa en mis circunstancias individuales, pero que esta privacidad no impide que me acompañe una persona de mi confianza. Yo certifico también que tuve oportunidad de hacer preguntas y que todas mis preguntas se respondieron en forma satisfactoria. Yo certifico que el material impreso con información me lo dieron personalmente.

\_\_\_\_\_  
(Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Padre/madre, guardián, custodio legal, familiar adulto, padre/madre sustituto o padre/madre sustituto asistencial, si se refiere a una menor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Guardián de la paciente que se considera incompetente, si corresponde)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

(Este formulario debe completarlo el médico que ejecuta o induce el aborto o la persona calificada que ayuda al médico)  
Nombre del médico que ejecuta o induce el aborto \_\_\_\_\_

Es necesario proporcionar toda la información de los nueve párrafos de la primera página y de los seis párrafos de esta página, excepto si el médico determina que un párrafo con información particular podría causar una amenaza grave, no temporal o un daño grave para la salud mental de la mujer. Este formulario debe archivararse junto con los registros médicos de la paciente y la paciente debe recibir una copia.