

**CONSENTIMIENTO INFORMADO****INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO  
LEY 27.610****DATOS DE LA NIÑA, ADOLESCENTE, MUJER O PERSONA CON CAPACIDAD DE GESTAR**

Nombre y apellido: ..... Documento (tipo y N°): .....

Domicilio: ..... Localidad: ..... Provincia: .....

Edad: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Fecha de la primera  
consulta en este servicio de salud: ..... / ..... / ..... N° de historia clínica: .....**Confirmando que:**

- ✓ Recibí información clara, precisa y adecuada de una manera comprensible para mí, 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;
  - mi derecho a un trato digno, a la privacidad y confidencialidad, a la autonomía de mi voluntad, así como también mi derecho a acceder a información y a recibir atención de calidad (artículo 5, Ley 27.610).
- ✓ Entendí la información recibida.
- ✓ Tuve la oportunidad de realizar preguntas que fueron aclaradas, y entiendo que puedo realizar todas las preguntas adicionales que me surjan después de firmar este consentimiento.
- ✓ Sé que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento antes de iniciar el procedimiento aún cuando haya firmado este consentimiento.

**De este modo, de acuerdo con el artículo 4 de la Ley 27.610, consiento libremente a:***(señalar lo que corresponda)*

- Interrumpir voluntariamente este embarazo sin manifestar motivo porque me encuentro dentro de las 14 semanas inclusive de gestación, o*
- Interrumpir legalmente este embarazo por los siguientes motivos: está en peligro mi salud o mi vida, o por ser un embarazo resultado de violación.*

.....  
Firma de la persona gestante.....  
Aclaración.....  
Día Mes Año.....  
Firma del/a profesional interviniente.....  
Aclaración.....  
Día Mes Año.....  
Matrícula N°

**El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante.  
Debe dejarse constancia o adjuntarse este consentimiento en la historia clínica.**



### CONSTANCIA DE LA ASISTENCIA DEL/A REFERENTE AFECTIVO O REPRESENTANTE LEGAL

De acuerdo al artículo 8 de la Ley 27.610, en este caso se requiere la asistencia de su progenitor/a, representante legal, referente afectivo, o de una persona que ejerza formal o informalmente roles de cuidado o una persona allegada, debido a que la persona gestante es:

(señalar lo que corresponda)

- Menor de 13 años de edad.
- Adolescente entre 13 y 16 años de edad y el procedimiento pone en riesgo grave su salud o su vida.

.....  
Firma

.....  
Aclaración

.....  
Documento (tipo y N°)

.....  
Relación con la persona gestante

.....  
Día Mes Año

### CONSTANCIA DE LA ASISTENCIA DE LA PERSONA DE APOYO

De acuerdo al artículo 9 de la Ley 27.610, en este caso se requiere la asistencia del apoyo designado judicialmente, representante legal o de una persona allegada, debido a que la persona gestante:

(señalar lo que corresponda)

- Tiene sentencia judicial firme vigente de restricción a la capacidad para tomar decisiones vinculadas a la interrupción del embarazo.
- Ha sido declarada incapaz en los términos del artículo 32 del Código Civil y Comercial de la Nación.

.....  
Firma

.....  
Aclaración

.....  
Documento (tipo y N°)

.....  
Relación con la persona gestante

.....  
Día Mes Año

**El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante.  
Debe dejarse constancia o adjuntarse este consentimiento en la historia clínica.**



## DECLARACIÓN JURADA

### Datos de la persona declarante\*

Nombre y apellido: ..... Documento (tipo y N°): .....

Domicilio: ..... Ciudad: ..... Provincia: .....

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... N° de historia clínica: .....

**DIGO BAJO JURAMENTO** que los datos consignados en la presente declaración son exactos y completos y

**MANIFIESTO** que el embarazo que curso es producto de una violación. ....

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en la ciudad

de ..... a los ..... días del mes de ..... de

A los efectos de lo establecido por la normativa vigente (art. 4 Ley 27.610 y 86.a. del Código Penal)

.....  
Firma de la persona declarante

*\* Las personas con discapacidad, al igual que todas las personas, pueden realizar la declaración jurada por sí mismas.*

**El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante. Debe dejarse constancia o adjuntarse este consentimiento en la historia clínica.**