



DOCUMENTO INFORMATIVO TRABAJADORA SOCIAL

Yo, Dña. _____ de ____ años de edad,
con domicilio en _____
y NIF/pasaporte _____

Declaro

Que he sido informada con la claridad y veracidad debida respecto a:

- Información, orientación y asesoramiento de todas las prestaciones, ayudas, garantías y derechos a los que puede acceder en caso de interrumpir embarazo o de ayuda y redes de apoyo para continuarlo.
- Consecuencias médicas, psicológicas y sociales derivadas de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo, así como de la posibilidad de recibir asesoramiento antes y después de la intervención.

** (Preámbulo, Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo)*

He comprendido las explicaciones y el profesional del ámbito social me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Cumpliendo

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

En Salamanca, a de 20.....

Fdo. La paciente
[Escribir texto]

Fdo. Trabajadora Social

Fdo. Representante legal

CLÍNICA HIPATIA
Dr. Navarro, 5.- 37006 SALAMANCA
www.clinicahipatia.com
615 13 83 74