



## 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.....

Alexandra Valiente Centeno

Nº Colegiado 997

\_\_\_\_\_  
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