

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO DEL PRIMER TRIMESTRE CON TRATAMIENTO MÉDICO

Nº Historia: .....

Doña: ..... de..... años de edad  
(nombre y dos apellidos)

Con domicilio en..... y DNI Nº.....

Doña: ..... de..... años de edad  
(nombre y dos apellidos)

Con domicilio en..... y DNI Nº.....

En calidad de..... de Doña: .....  
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (nombre y dos apellidos DE LA PACIENTE)

### DECLARO

Que el DOCTOR/A.....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado el modo mediante el que se me va a practicar la interrupción del embarazo que yo he decidido realizar por la siguiente causa:.....

- 1. El propósito de la interrupción voluntaria del embarazo** es extraer del útero un embrión que está vivo y los órganos que lo acompañan. Se puede realizar mediante la administración de una medicación que detiene las hormonas necesarias para que el feto crezca. Además, hace que la placenta se separe del útero, terminando el embarazo. Se administra una segunda medicación, por vía oral o colocándola en la vagina, que hace que el útero se contraiga y expulse el feto y la placenta. Es necesaria una segunda visita al médico para asegurarse de que el aborto está finalizado.
- 2. Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Las complicaciones específicas de la interrupción médica del embarazo en el primer trimestre son:
  - Aborto incompleto, que puede obligar a la realización de un legrado evacuador.
  - Reacción alérgica a los medicamentos
  - Fuertes dolores abdominales
  - Náuseas y/o vómitos
  - Diarrea
  - Fiebre
  - Infección
  - Hemorragia
  - Es muy rara la necesidad de extirpación del útero y excepcional la muerte de la paciente.
  - A corto y largo plazo están descritos problemas psicológicos, sobre todo en pacientes que se han visto presionadas de algún modo por su entorno a realizar la interrupción voluntaria de la gestación.
- 3. Por mi situación actual,** el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....



**4. Transfusiones:** No se puede descartar a priori que en el transcurso del tratamiento surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado. También se me ha informado de la **existencia de ayudas sociales** a las que podría acudir como alternativa a la decisión de abortar.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos de la técnica empleada.

Y en tales condiciones

#### **CONSIENTO**

Que se me realice la interrupción del proceso de gestación por la técnica descrita

En Salamanca a..... de ..... de 201...

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Nº Colegiado:.....

DNI/NIF:.....

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

DNI/NIF:.....