DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA
FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES DE UNA MENOR EMBARAZADA (NO EMANCIPADA)

TENGA EN CUENTA QUE DE ACUERDO CON LOS ESTATUTOS REVISADOS DE ARIZONA (A.R.S.) § 36-2152(M), EL MÉDICO TIENE QUE MANTENER ESTA FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES EN EL ARCHIVO DE LA MENOR EMBARAZADA POR SIETE AÑOS DESPUÉS DE LA FECHA DEL PROCEDIMIENTO O CINCO AÑOS DESPUÉS DE LA FECHA DE MADUREZ DE LA MENOR, LO QUE LLEVE MÁS TIEMPO.

Por este medio se le informa al padre, tutor legal o responsable legal de la menor embarazada y a la menor embarazada lo que sigue:

1. **Los posibles riesgos médicos que pueden ocurrir con cualquier procedimiento, quirúrgico, médico o de diagnóstico abarcan:**

   - **Infección**
   - **Coágulos de sangre**
   - **Hemorragia**
   - **Reacciones alérgicas**
   - **Muerte**

2. **Los posibles riesgos médicos que pueden ocurrir con <u>un aborto quirúrgico</u> abarcan:**

   - **Hemorragia**
   - **Perforación del útero**
   - **Esterilidad**
   - **Lesión al intestino o vejiga**
   - **Histerectomía como resultado de una complicación o lesión durante el aborto quirúrgico**
   - **Procedimiento adicional por no haber removido todo el producto de la concepción**

3. **Los posibles riesgos médicos que pueden ocurrir con <u>un aborto con medicinas</u> abarcan:**

   - **Hemorragia**
   - **Infección**
   - **Procedimiento adicional por no haber removido todo el producto de la concepción**
   - **Esterilidad**
   - **Continuación del embarazo**

_____ Iniciales – padre, tutor legal o responsable legal de la menor embarazada

_____ Iniciales – menor embarazada

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA
FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES DE UNA MENOR EMBARAZADA (NO EMANCIPADA)

Yo, _____, certifico que soy el
(Nombre impreso – padre, tutor legal o responsable de la menor embarazada)

padre, tutor legal o responsable legal de _____.
(Nombre impreso – menor embarazada)

He sido informado de los riesgos médicos relacionados con cualquier procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico, un aborto quirúrgico y un aborto médico. Por este medio doy mi consentimiento para que la menor mencionada arriba tenga un aborto realizado o inducido. Entiendo que esta forma es recomendada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona de conformidad con A.R.S. § 36-2152.

1._____ _____
Firma – padre, tutor legal o responsable de la menor embarazada Fecha

He sido informado de los riesgos médicos relacionados con cualquier procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico, un aborto quirúrgico y un aborto médico. Por este medio doy mi consentimiento para un aborto realizado o inducido. Entiendo que esta forma es recomendada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona de conformidad con A.R.S. § 36-2152.

2._____ _____
Firma – menor embarazada Fecha

CERTIFICACIÓN NOTARIADA:
Estado de Arizona)
)
Condado de _____)

En este _____ día de _____, 20____, compareció ante mí, personalmente
Día Mes Año

_____ y
Nombre impreso – firmante #1

_____, y
Nombre impreso – firmante #2

Se comprobó la identidad de cada persona ante mí, con base en la evidencia satisfactoria de que es la persona que dice ser, y cada persona reconoció que él o ella firmó el documento de arriba/adjunto.

(sello) _____
Notario Público