

---

*Certificación de Información de Consentimiento  
Voluntario - Aborto*

*Instrucciones y formulario de consentimiento*

---



También disponible en Inglés

Kansas Department of Health and Environment  
1000 S.W. Jackson, Suite 220  
Topeka, Kansas 66612-1274  
Toll Free 1-888-744-4825

Disponible en el internet: [www.womansrighttoknow.org](http://www.womansrighttoknow.org)

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE DE KANSAS  
AGENCIA DE SALUD FAMILIAR**

**Instrucciones para Completar el Certificado de  
Información de Consentimiento Voluntario  
Aborto**

Este formulario está de acuerdo con la Ley de los Derechos de la Mujer a Saber, disposiciones de consentimiento voluntario (K.S.A. 65-6708 *et seq.*) y es un documento legal importante. Adecuadamente preparado, es un comprobante que el médico o agente autorizado del médico cumplió con los requisitos legales de que la mujer embarazada recibió información completa acerca de sus alternativas y consintió voluntariamente a un aborto por lo menos 24 horas antes de tener el aborto. El formulario se debe de completar de acuerdo con las siguientes instrucciones:

- Todos los datos y respuestas deben ser escritos en tinta. Debe escribirse a maquina, en letra de molde o con un sello, a excepción de las iniciales de confirmación de la mujer embarazada, firmas, fechas y horas.
- En la esquina superior izquierda, debe escribirse el nombre y dirección de la clínica. Se acepta un sello con el nombre y la dirección.
- En las secciones I y II, escriba a maquina, escriba en letra de molde o use un sello con el nombre del individuo que presentó la información a la mujer embarazada e indique si esa persona es el médico que realizará el aborto, el médico que hizo la referencia u otra persona calificada haciendo una marca en los espacios correspondientes. Asegúrese que la mujer embarazada lea todas las secciones y ponga sus iniciales en los espacios proveídos para reconocer que ha recibido la información.
- En la Sección III, escriba a maquina, escriba en letra de molde o use un sello con el nombre del médico que realizará el aborto. La mujer embarazada debe leer la sección y colocar sus iniciales en el espacio proveído para confirmar que ha recibido la información.

El formulario de **CERTIFICADO DE INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO - ABORTO**, está compuesto de instrucciones y un formulario de consentimiento. Si la información o materiales son proveídos por el médico que hace la referencia, esa persona retiene el original como parte de los expedientes médicos de la paciente. De una copia a la paciente con instrucciones verbales de llevarlo al médico que realizará el aborto. Se recomienda que éste médico también retenga una fotocopia de este formulario de consentimiento y lo incluya como parte del expediente médico de la paciente. El **CERTIFICADO DE INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO - ABORTO**, (en el reverso) no debe enviarse al Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas (KDHE)).

El formulario de **TERMINACIÓN INDUCIDA DEL EMBARAZO, REPORTE DEL MÉDICO SOBRE EL NÚMERO DE CERTIFICACIONES RECIBIDAS** debe ser enviado mensualmente por el médico que acepta la referencia y que realiza el aborto a:

Kansas Department of Health and Environment  
Center for Health and Environmental Statistics  
Office of Health Care Information  
1000 SW Jackson, Ste. 100  
Topeka, Kansas 66612

**Sus preguntas y/o comentarios pueden enviarse a: Bureau of Family Health, 1000 SW Jackson Street, Ste 220, Topeka, KS 66612-1274 o llamando a la Línea Gratuita 1-888-744-4825.**

**Para ser completado por el Médico.**  
**Nombre y dirección de la clínica:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE DE KANSAS  
AGENCIA DE SALUD FAMILIAR**

**CERTIFICADO DE INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO  
VOLUNTARIO - ABORTO**

**Por favor escriba sus iniciales en cada sección para indicar que la información le fue proveída.**

**Iniciales: SECCIÓN I. La siguiente información me fue presentada por escrito por lo menos 24 horas antes del aborto por \_\_\_\_\_, quien es (marcar uno):**

el médico que realizará el aborto;  médico que hace la referencia.

1. El nombre del médico que realizará el aborto;
2. Una descripción del método de aborto propuesto;
3. Un manual titulado, *If You Are Pregnant [‘Si Está Embarazada’]* (disponible en forma impresa y en el internet);
4. Descripción de los riesgos relacionados con el método de aborto propuesto, incluyendo riesgos a mi salud reproductiva y alternativas al aborto que una paciente razonable podría considerar fundamental a la decisión sobre si tener el aborto o no;
5. La probable o estimada edad de gestación del niño que va a nacer al momento que se realice el aborto y que la ley de Kansas requiere lo siguiente: Ninguna persona deberá realizar o inducir un aborto cuando el niño que va a nacer tiene capacidad de vivir a menos que tal persona sea un médico y que tenga una referencia documentada de otro médico no afiliado legal o financieramente con el médico que realiza o induce el aborto y ambos médicos determinan que: (1) el aborto es necesario para preservar la vida de la mujer embarazada; o (2) una continuación del embarazo causará un impedimento sustancial e irreversible de una función corporal importante de la mujer embarazada, y ninguna persona realizará o inducirá un aborto de nacimiento parcial en un niño que va a nacer y tiene capacidad de vivir, a menos que tal persona sea un médico y tenga una referencia documentada de otro médico no relacionado legal o financieramente con el médico que realiza o induce el aborto y ambos médicos determinan que: (1) el aborto es necesario para preservar la vida de la mujer embarazada; o (2) una continuación del embarazo causará un impedimento sustancial e irreversible de una función corporal importante de la mujer embarazada. Si el niño nace vivo, el médico que atiende tiene la obligación legal de tomar todos los pasos necesarios razonables para mantener la vida y salud del niño;
6. Las probables características anatómicas y fisiológicas del niño que va a nacer al momento en que se realice el aborto;
7. La información de contacto para asistencia de consejo gratuito para embarazos médicamente desafiantes y la información de contacto para servicios gratuitos de hospicio perinatal;
8. Los riesgos médicos asociados con llevar a un niño que va a nacer al término de un embarazo; y
9. Cualquier necesidad de terapia de globulina inmune anti-Rh, si soy Rh negativa, las posibles consecuencias de rechazar tal terapia y el costo de la terapia.

Iniciales: **SECCIÓN II.** La siguiente información me fué presentada por escrito al menos 24 horas antes del \_\_\_\_\_ aborto por \_\_\_\_\_, quien es (marcar uno):  
 el médico que realizará el aborto;  el médico que dió la referencia;  una persona calificada (un agente del médico quien es un psicólogo, trabajador social licenciado, consejero profesional certificado, enfermera profesional o médico).

1. Un directorio llamado, *If You Are Pregnant: Directory of Available Services* [*Si Está Embarazada: Directorio de Servicios Disponibles*] (disponible en forma impresa y en el internet) incluyendo una lista de agencias que ofrecen alternativas al aborto, incluyendo servicios de adopción;
2. beneficios de asistencia médica podrían estar disponibles para el cuidado prenatal, parto y cuidado neonatal, e información más detallada sobre la disponibilidad de tal asistencia se encuentra en los materiales impresos que me entregaron y descritos en el estatuto K.S.A. 65-6710, y sus enmiendas;
3. el padre del niño que va a nacer es responsable de asistir en la manutención de mi hijo, incluso en casos donde él ha ofrecido pagar por el aborto (en el caso de violación esta información podría omitirse);
4. soy libre de retener o retirar mi consentimiento al aborto en cualquier momento antes de la invasión del útero sin afectar mi derecho a cuidados o tratamientos futuros y sin la pérdida de ningún beneficio financiado por recursos estatales o federales para el cual podría calificar de otro modo; y
5. un aborto termina la vida de un ser humano, vivo, único y separado.

Iniciales: **SECCIÓN III.** Por lo menos 30 minutos antes del procedimiento de aborto, antes de la preparación física \_\_\_\_\_ para el aborto y antes de la administración de medicación para el aborto, me reuní privadamente con el médico que realizará el aborto y su personal y tuve oportunidad adecuada de hacer preguntas en mi propio idioma y obtener información del médico concerniente al aborto.

Iniciales: **SECCIÓN IV.** Por lo menos 30 minutos antes del procedimiento de aborto, el médico me informó: \_\_\_\_\_ Que sería utilizado equipo de ultrasonido en los preparativos para la realización del aborto; mi derecho a ver las imágenes de ultrasonido sin costo adicional y mi derecho a recibir una foto de la imagen.  
Usó Ultrasonido: Sí \_\_\_\_\_  
Solicité ver la imagen: sí \_\_\_\_\_, no \_\_\_\_\_  
Solicité una foto física: sí \_\_\_\_\_, no \_\_\_\_\_

Firma de la Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ A.M. o P.M. (marcar uno)

Iniciales: **SECCIÓN V.** Por lo menos 30 minutos antes del procedimiento de aborto, el médico me informó: que usaría equipo de \_\_\_\_\_ monitoreo del corazón en los preparativos para el aborto, mi derecho a escuchar los latidos del corazón sin costo adicional.  
Uso de Equipo de monitoreo del corazón: Sí \_\_\_\_\_  
Solicité escuchar: sí \_\_\_\_\_, no \_\_\_\_\_

Firma de la Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ A.M. o P.M. (marcar uno)

Este certificado requerido por el estatuto K.S.A. 65-6709 debe ser colocado en el expediente médico de la paciente en la oficina del médico y mantenido por 10 años o en el caso de una menor, 5 años luego de la mayoría de edad de la menor, pero en ningún caso por menos de 10 años.