

# FORMULARIO DE DECLARACIÓN MÉDICA DE NCDHHS PARA ABORTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Declaración del médico:** Al firmar este formulario, certifico que he explicado el método de aborto que se utilizará y que toda la información requerida por la ley fue comunicada al paciente y, si corresponde, al tutor autorizado, antes del procedimiento por un médico o profesional calificado. He respondido a todas las preguntas de la paciente sobre el procedimiento de aborto.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO (EN LETRA MOLDE)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FECHA