

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE NCDHHS PARA EL ABORTO EN EL CASO DE UNA ANOMALÍA QUE LIMITA LA VIDA\*

Este procedimiento se realiza debido a un trastorno físico o genético identificado en el feto que limitaría la vida. Al poner las iniciales en cada uno de los elementos a continuación, mi médico y yo certificamos que hemos platicado sobre las siguientes cosas antes del procedimiento:

Trastorno(s) diagnosticado(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
INICIALES INICIALES  
DEL MÉDICO

Cómo y por qué mi médico determinó que el(los) trastorno(s) sería(n) limitantes para la vida.

\_\_\_\_\_  
INICIALES INICIALES  
DEL MÉDICO

Los riesgos de que el feto pueda morir antes del nacimiento y el hecho de que algunos bebés con trastornos que limitan la vida nazcan vivos y puedan tener una duración de vida desconocida.

\_\_\_\_\_  
INICIALES INICIALES  
DEL MÉDICO

Información sobre y los riesgos asociados con el (los) trastorno(s) que limita la vida, incluyendo cualquier cosa que se sepa sobre la probabilidad y la duración de la supervivencia prevista por evidencia médica actual.

\_\_\_\_\_  
INICIALES INICIALES  
DEL MÉDICO

He platicado sobre las alternativas al aborto, incluso la continuación del embarazo y la atención médica para el (los) bebé(s) al nacer. Me ofrecieron remisiones para consultar con expertos en cuidados intensivos neonatales y cuidados paliativos neonatales (cuidados de bienestar) para platicar sobre opciones de estabilización, evaluación, posibles tratamientos, incluso la posibilidad de dada de alta con atención domiciliaria para cuidados paliativos para el (los) bebé(s) si decido continuar el embarazo.

Marque si no corresponde.

\_\_\_\_\_  
INICIALES INICIALES  
DEL MÉDICO

Si el aborto es un aborto médico o un aborto quirúrgico, se ha proporcionado toda la información en el Formulario de Consentimiento de Aborto de NCDHHS.

**Mis iniciales anteriores y mi firma a continuación confirman que certifico y he dado consentimiento voluntariamente a cada uno de los puntos específicos mencionados anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA PARA DAR SU CONSENTIMIENTO

\_\_\_\_\_  
FECHA Y HORA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA MOLDE DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA  
PARA DAR CONSENTIMIENTO

\_\_\_\_\_  
LA RELACIÓN CON EL PACIENTE (SI CORRESPONDE)

*\*Según la Ley de la Sesión 2023-14 de Carolina del Norte, un aborto durante las primeras 24 semanas del embarazo de una mujer es legal si un médico calificado determina que existe una anomalía que limita la vida.*