

**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 un aborto quirúrgico 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 un aborto con medicinas 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

