


Logo o Sello del prestador	FORMULARIO IVE Ley 18987	 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
----------------------------	------------------------------------	---

PRIMERA CONSULTA	CI de la mujer.....	FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	MEDICO (Nombre y N° CJP)	

Edad:		Edad gestacional (por FUM)	
Requisitos / condiciones*: *(marque con una cruz)	Ciudadana natural	Ciudadana Legal	Extranjera residencia > 1 año
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Verificado por: CI / CC..... Partida Otro.....	Verificado por: CI / CC..... Partida Otro.....	Verificado por: H. Clínica Antigüedad en prestador.....Otro.....

Paraclínica Solicitada (si o no)	Ecografía <input type="checkbox"/>	Grupo y RH <input type="checkbox"/>	Otras (especifique):
--	--	---	-----------------------------

Cita con Equipo interdisciplinario	Día	Hora	Lugar
---	------------	-------------	--------------

Se contactó a:	Firma del medico:
Observaciones en situaciones particulares:	

SEGUNDA CONSULTA (interdisciplinaria)	FECHA de realizada. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

Nombres: GINECOLOGO	Observaciones .	Firma del profesional
-------------------------------------	------------------------	------------------------------

SALUD MENTAL	Observaciones	Firma del profesional
------------------------------	----------------------	------------------------------

AREA SOCIAL	Observaciones	Firma del profesional
-----------------------------	----------------------	------------------------------

Menor de 18 años evaluación autonomía	Fecha marcada para la 3ª consulta	Plazo máximo para la IVE Fecha:
--	--	--

Positiva:	Negativa:	Firma de Constancia de Asesoramiento adjunta si no
Negativa:	Definición padres/adulto:	
Consienten:		Observaciones:

TERCERA CONSULTA	GINECOLOGO (NOMBRE Y N°CJP)	FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-------------------------	---	--

Ratificación de voluntad IVE (si/no) <input type="checkbox"/>	Requisitos		Resultados		Fecha máxima informada por plazos legales y de seguridad	Rectificación: continúa embarazo (si/no)
	Ciudadanía	EG (por FUM)	ECO Acorde.....	Rh		
			No Acorde			
			EG:.....			

Procedimiento indicado	Explicación del procedimiento cumplida, y entregada la indicación (si/no)	Fecha próximo control de embarazo:
-------------------------------	--	---

Firmó Consentimiento Informado adjunto (si/no)	Observaciones
---	----------------------

Fecha 4ª consulta	Donde la realizará:	Observaciones
--------------------------	----------------------------	----------------------