UNIVERSITY OF VIRGINIA HEALTH SYSTEM

0100000

PLACE LABEL HERE.

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

# ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE 24 HORAS

*24 HOUR ACKNOWLEDGEMENT NOTIFICATION*

Al firmar este escrito, estoy admitiendo que he recibido información acerca del procedimiento para abortar cuando menos con 24 horas de anticipación a mi cita, la cual contiene lo siguiente:

*By signing this form, I am acknowledging that I have received information about the abortion procedure at least 24 hours prior to my appointment. This includes:*

| | |
|---|---|
| _____ (Iniciales de la Paciente) *Patient's Initials* | **Se me ha dado una completa y razonable explicación médica acerca de la naturaleza, beneficio, riesgos y alternativas acerca del procedimiento para abortar.** *I have been given a full and reasonable medical explanation of the nature, benefits, risks of and alternatives to the abortion procedure.* |
| _____ (Iniciales de la Paciente) *Patient's Initials* | **Se me ha dicho que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se lleve a cabo el procedimiento.** *I have been told that I may withdraw my consent at any time prior to the performance of the procedure.* |
| _____ (Iniciales de la Paciente) *Patient's Initials* | **Se me ha ofrecido la oportunidad de hablar con el médico que va llevar a cabo el aborto para que él o ella pueda dar contestación a cualquier pregunta que pudiera tener y proporcionarme mayor información concerniente al procedimiento.** *I have been offered a chance to speak with the physician who is to perform the abortion so that he/she may answer any questions I may have and provide further information concerning the procedure.* |
| _____ (Iniciales de la Paciente) *Patient's Initials* | **Se me ha dicho la edad gestacional probable del feto (cuántas semanas de embarazo) en el momento en que vaya a llevarse a cabo mi aborto.** *I have been told the probable gestational age of the fetus (how many weeks pregnant) at the time my abortion is to be performed.* |
| _____ (Iniciales de la Paciente) *Patient's Initials* | **Se me ha dado la oportunidad de revisar los materiales impresos que suministra el Departamento de Salud. Si he decidido revisar dichos materiales, esta información se me proporcionó cuando menos 24 horas antes del aborto o se me envió por correo cuando menos 72 horas antes del aborto por correo normal o correo certificado/entrega limitada.** *I have been offered the chance to review the printed materials provided from the Department of Health. If I have chosen to review such materials, this information was provided to me at least 24 hours before the abortion or mailed to me at least 72 hours before the abortion by first class mail, or certified mail/restricted delivery.* |

_____ _____

**Firma de la Paciente** *Patient Signature*

**Fecha/Hora** *Date/Time*

## CLINIC USE ONLY

By signing below, I am acknowledging that I have given the above information to about the abortion procedure at least 24 hours prior to her appointment.

_____

(Patient Name)

_____

Clinic Staff Signature Date and Time

_____

Print Name

**Interpretation Attestation** (when applicable)

Interpretation has been provided by: _____ Date _____

Signature of Interpreter/CyraCom ID# _____