



pennsylvania

DEPARTMENT OF PUBLIC WELFARE

OFFICE OF MEDICAL ASSISTANCE PROGRAMS

DEJAR ESTE ESPACIO EN BLANCO

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO PARA UN ABORTO

*SE DEBE ADJUNTAR UNA COPIA A TODAS LAS FACTURAS
POR SERVICIOS DE ABORTO*

1. NÚMERO DE MA DE LA PACIENTE

2. FECHA

3. NOMBRE DE LA PACIENTE:

4. FECHA DE NACIMIENTO DE LA PACIENTE:

5. DIRECCIÓN DE LA PACIENTE:

FAVOR DE COMPLETAR O LA PARTE I O LA PARTE II

PARTE I: AMENAZA PARA LA VIDA

Certifico que, a mi juicio profesional, debido a una afección, enfermedad o lesión, es necesario realizar un aborto para evitar la muerte de la paciente.

6. _____
FIRMA DEL MÉDICO

7. _____
DIRECCIÓN (CALLE Y NRO.)

8. _____
FECHA

9. _____
NÚMERO DE TELÉFONO

_____ CIUDAD

_____ ESTADO

_____ CÓDIGO POSTAL

PARTE II: VIOLACIÓN O INCESTO - SE DEBE ADJUNTAR UN FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE LA BENEFICIARIA

10. La paciente es víctima presunta de violación o incesto.

Marcar una casilla a continuación

Certifico que, a mi juicio profesional, la paciente no estaba en condiciones físicas o psicológicas de poder denunciar este crimen.

La paciente certificó haber denunciado la violación o incesto a las autoridades policiales competentes o a los servicios de protección a menores.

Antes de firmar este formulario, obtuve el Formulario de Declaración de la Beneficiaria que fue firmado y fechado por la paciente.

11. _____
FIRMA DEL MÉDICO

12. _____
DIRECCIÓN (CALLE Y NRO.)

13. _____
FECHA

14. _____
NÚMERO DE TELÉFONO

_____ CIUDAD

_____ ESTADO

_____ CÓDIGO POSTAL

TODA LA INFORMACIÓN SERÁ CONFIDENCIAL