

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	Grupo y RH	Otras (especifique):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cita con Equipo interdisciplinario	Día	Hora	Lugar

Se contactó a:	Firma del medico:

Observaciones en situaciones particulares:	FECHA de realizada.
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

SEGUNDA CONSULTA (interdisciplinaria)	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: Definición padres/adulto: Consienten:	Firma de Constancia de Asesoramiento adjunta si no
	Observaciones:

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

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