

IDENTIFICACIÓN:

Campos comunes a registrar para las 3 causales

Datos de Identificación de la Mujer:

N° Folio IVE del establecimiento de origen	<input type="text"/>	Establecimiento de origen	<input type="text"/>
N° Folio IVE (solo en casos de traslados) del establecimiento de destino	<input type="text"/>	Establecimiento de destino	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):	<input type="text"/>	Comuna de residencia:	<input type="text"/>
Persona interdicta judicialmente:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	País de origen (nacimiento)	<input type="text"/>
Previsión de Salud:		Si es FONASA, seleccione el tramo que corresponda:	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> C <input type="radio"/> B <input type="radio"/> D
<input type="radio"/> Fonasa <input type="radio"/> Isopre			
<input type="radio"/> Capredena <input type="radio"/> Sist. previsional de las FF.AA			
<input type="radio"/> Sin previsión <input type="radio"/> Sin información			

Identificación del representante legal en caso de persona interdicta o menor de 14 años

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):	<input type="text"/>	Relación o Parentesco con su representada:	<input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Otro familiar, especificar _____
			<input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Otro no familiar, especificar _____
			<input type="radio"/> Juez de familia

Datos de identificación del responsable de la información

Run:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Nombres y apellidos:	<input type="text"/>
Establecimiento en el que trabaja:	<input type="text"/>			Cargo:	<input type="text"/>
Servicio de Salud: (sólo en caso del sector público)	<input type="text"/>				
Teléfono de contacto fijo: (institucional)	<input type="text"/>			Teléfono de Contacto Móvil:	<input type="text"/>
Correo Electrónico institucional:	<input type="text"/>				

Campos para causal 3: Violación

HITO 1: CONCURRENCIA DE LA CAUSAL

Puerta de entrada o primer punto de contacto

1. Tipo de establecimiento de la puerta de entrada o punto de contacto: Público Privado Otro: _____
(ej: fiscalía)
2. Nivel de atención del establecimiento de la puerta de entrada o punto de contacto:
- Primer Nivel de Atención: atención general ambulatoria, APS Tercer Nivel de Atención: Abierta de Urgencia
- Segundo Nivel de Atención: especialidad ambulatoria o ARO Salud responde (punto de contacto)
- Tercer Nivel de Atención: especialidad cerrada (hospitalizada) o ARO
3. Fecha de primera consulta en la puerta de entrada: / / 4. ¿Recibió anticonceptivo de emergencia?:
(dd/mm/aaaa) Sí No

Solicitud de evaluación por Causal 3 de IVE

1. Fecha en la que la gestante solicita evaluación IVE por causal 3: (dd/mm/aaaa) / /
(Violación)
2. Edad exacta de la mujer en años o la fecha de solicitud de la evaluación IVE: años meses días

Denuncia o comunicación del delito

- Mujer de 18 o más años
1. ¿Hizo la denuncia?: Sí No No contesta
2. Fecha de la denuncia (dd/mm/aaaa): / /
3. Fecha de la comunicación al ministerio público por parte del Jefe del establecimiento de salud (dd/mm/aaaa) / /
- Mujer menor de 18 años
1. ¿Hizo la denuncia?: Sí No
2. ¿Quién hizo la denuncia?: Ella misma Un tercero (familiar o amigo/a)
3. Fecha de la denuncia: dd/mm/aaaa / /
4. Fecha de la denuncia por parte del Jefe del establecimiento de salud (dd/mm/aaaa) / /

Criterios de concurrencia de la Causal 3

1. Fecha de ecografía obstétrica: (dd/mm/aaaa) / /
2. Semanas de gestación según eco:
Semanas: _____ Días: _____
3. FUR operacional dd/mm/aaaa / /
4. Fecha de realización de la evaluación IVE por el equipo de salud: (dd/mm/aaaa) / /
5. Establecimiento donde se realiza la evaluación:
6. Resultado del informe del equipo de salud y psicosocial:
- Si concurre. Mujer de 14 y más años con embarazo hasta 12 semanas
- Si concurre. Mujer menor de 14 años con embarazo hasta 14 semanas.
- No concurre. Las semanas de gestación superan el límite legal permitido.
- No concurre. Relato no consistente según equipo de salud y psicosocial
7. Fecha emisión informe: dd/mm/aaaa / /

Campos para causal 3: Violación

HITO 2: DECISIÓN DE LA MUJER

Decisión y consentimiento de la mujer respecto de la IVE por causal 3

1. Decisión de la mujer sobre IVE: Continuar el embarazo Interrumpir el embarazo
2. Fecha de la decisión: dd/mm/aaaa
3. ¿Mujer firma Certificado de entrega y recepción de Información sobre ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales? Si No
4. ¿Mujer firma Consentimiento/asentimiento Informado para interrupción voluntaria del embarazo? Si No
5. ¿Quién firma el consentimiento informado donde se autoriza la IVE? (Obligatorio sólo en caso de menores de 14 años o personas declaradas interdictas)
- Padre Otro familiar: _____
- Madre Otro no familiar: _____
- Juez de familia

HITO 3: IVE REALIZADA Y SEGUIMIENTO POST-IVE

Intervenciones Biomédicas para quienes SI tuvieron IVE por causal 3

1. Procedimiento por fármaco: Misoprostol solo. Misoprostol más mifepristona.
2. Procedimiento o intervención para IVE: Aspiración Manual Aspiración Endouterina eléctrica Legrado
3. Fecha de evacuación uterina: dd/mm/aaaa
4. Condición según signos vitales: Viva Fallecida
5. Fecha del Alta clínica: dd/mm/aaaa
6. Tipo de atención: Abierta (Ambulatoria) Cerrada (Hospitalización)

Entrega de restos biológicos (Según artículo 197 y 198 del código procesal penal)

1. Fecha de inicio de cadena de custodia: dd/mm/aaaa
2. Se solicita entrega de restos biológicos: Si No
3. Fecha de entrega de restos biológicos a entidad indicada por la Fiscalía: dd/mm/aaaa
4. Entidad a quien se le entregaron los restos biológicos:
- PDI Carabineros Servicio Médico Legal
5. NUE (número único de evidencia)

Resultados en torno a la mujer que tuvo una IVE por causal 3

1. Complicaciones: Si No
2. Re-ingreso hospitalario por complicaciones post IVE Si No
3. Fecha del reingreso a hospitalización: dd/mm/aaaa
4. Fecha de egreso hospitalario: dd/mm/aaaa
5. Condición de la mujer según signos vitales: Viva Fallecida

Identificación del prestador que realiza la IVE por causal 3

1. Establecimiento donde se realiza la IVE:
2. Comuna:
3. Dependencia del establecimiento donde se realiza la IVE: Público Privado

Campos para causal 3: Violación

ESTA SECCIÓN SÓLO SE REPORTARÁ EN LA MEDIDA QUE SE TENGA LA INFORMACIÓN

Motivo por el cuál NO se realizó la IVE

1. Motivo por el cual NO se realizó la IVE: La mujer decidió que NO quería realizarse una IVE
 Resolución espontánea
 La mujer cambia de decisión: de SI realizarse la IVE a NO realizarse la IVE

Seguimiento Biomédico para quienes NO tuvieron una IVE por causal 3 (cualquiera de las alternativas anteriores)

1. Si continuó con el embarazo, ¿Dónde siguió en control?
 Primer nivel de atención ambulatoria-Prestador público Segundo nivel de atención-Prestador público Prestador privado
2. Derivada a especialidad: Si No
3. Especialidad, especificar: _____
4. Fecha de derivación a especialidad:
dd/mm/aaaa
(Si derivado a especialidad ingresar al SIGTE)
5. Fecha de parto o aborto espontáneo:
dd/mm/aaaa

Resultados en torno a la mujer que NO tuvo una IVE por causal 3

- | | |
|---|---|
| 1. Complicaciones: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 3. Fecha del reingreso a hospitalización:
dd/mm/aaaa <input type="text" value="/"/> <input type="text" value="/"/> |
| 2. Re-ingreso hospitalario por complicaciones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 4. Fecha de egreso hospitalario:
dd/mm/aaaa <input type="text" value="/"/> <input type="text" value="/"/> |
| | 5. Condición según signos vitales: <input type="radio"/> Viva <input type="radio"/> Fallecida |

ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL: Campos comunes a registrar para las 3 causales con y sin IVE

HITO 4: DECISIÓN DE LA MUJER SOBRE EL ACOMPAÑAMIENTO

Módulo de acompañamiento Psicosocial (completar para quienes tuvieron o no tuvieron IVE)

1. Mujer acepta acompañamiento psicosocial: Si No 2. Fecha de la aceptación/rechazo del acompañamiento (dd/mm/aaaa)

3. Si la mujer acepta el acompañamiento, ¿dónde se realizará?:

Atención abierta de especialidad ARO (institucional) Institución u organización de la sociedad civil acreditada por MINSAL Ambos Institución u organización de la sociedad civil NO acreditada

4. Nombre de la institución u organización de la sociedad civil que realizará el acompañamiento:

HITO 5: ALTA DEL ACOMPAÑAMIENTO

Módulo de acompañamiento psicosocial consultas con profesionales

1. Mujer tiene patología de salud mental preexistente: Si No 2. ¿Está en tratamiento? Si No

3. Ingresar la o las fechas de realización de la consulta con el o los profesionales de acompañamiento

Tipo de presentación de acompañamiento	Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3	Consulta 4	Consulta 5	Consulta 6	Consulta 7	Consulta 8	Consulta 9	Consulta 10
Consulta con Psicólogo	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Consulta con Trabajador Social	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Dupla (Psicólogo+ Asistente Social)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Consulta con Psiquiatra	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Visita domiciliaria (ingresar la fecha en que se visitó)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

4. Derivación por salud mental por patología preexistente: Si No 5. Derivación por trabajadora social: Si No

Cierre del acompañamiento psicosocial

1. Motivo del cierre: Alta clínica Abandono Fallecimiento Traslado

2. Fecha del cierre (dd/mm/aaaa):

¿Mujer acepta ser contactada posteriormente por un profesional con fines de mejorar la calidad de la atención?

Si No