

Logo o Sello del prestador		FORMULARIO IVE Ley 18987 Version 2016 - 2		 Ministerio de SALUD	
PRIMERA CONSULTA (IVE 1)		C I de la mujer..... MEDICO(Nombre y N° CJP)		FECHA DE REALIZADA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Edad:		Edad gestacional (estimada por FUM)			
Requisitos / condiciones*: *(marque con una cruz)		Ciudadana natural <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Verificado por: CI / CC..... Partida Otro.....	Ciudadana Legal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Verificado por: CI ... / CC..... Partida Otro.....	Extranjera residencia > 1 año <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Verificado por: H. Clínica..... Antigüedad en prestador.....Otro.....	
Paraclínica Solicitada (si o no)	<input type="checkbox"/>	Ecografía	<input type="checkbox"/>	Grupo y RH	<input type="checkbox"/>
Cita con Equipointerdisciplinario	Ofrecidaparadía:	Hora:	Firma usuaria:		
	Aceptadaparadía:	Hora:			
Observacionesen situacionesparticulares:				Firma medico:	
SEGUNDA CONSULTA (IVE 2) (interdisciplinaria)				FECHA de realizada. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Nombres: GINECOLOGO		Observaciones .		Firma:	
SALUD MENTAL		Observaciones		Firma:	
AREA SOCIAL		Observaciones		Firma:	
IVE 3		Consulta IVE 3 habilitada a partir del:		Firma usuaria	
		Consulta aceptada para el:			
		Plazo máximo para la IVE 3:			
Menor de 18 años evaluación autonomía	Positiva:	Negativa:Definición padres/adulto:Consienten:			
Observaciones:				Concurre con el progenitor? SI NO	
TERCERA CONSULTA (IVE 3)		GINECOLOGO (NOMBRE Y N° CJP)		FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Ratificación de voluntad IVE (si/no) <input type="checkbox"/>	Resultados: EG (al día del IVE 3) ECO Acorde..... No Acorde.....		Grupo sanguíneo: 	Fecha máxima informada por plazos legales y de seguridad (12 sem + 6 días)	Rectificación: continúa embarazo (si/no)
Procedimiento indicado: Mefiprestona – misoprostol Ambulatorio Misoprostol solo AMEU Institucionalizado Legrado instrumental					Fecha próximo control de embarazo:
Firmó Consentimiento Informado adjunto (si/no):				Observaciones:	
Fecha4ª consulta(IVE 4)	Donde la realizará:	Observaciones			