



TennCare, una división de Finanzas y Administración de Seguro Médico

Rev. April 24, 2015

CERTIFICADO DE NECESIDAD DE ABORTO

FECHA DEL SERVICIO: _____ 1 _____

Basado en mi opinión profesional, certifico que un aborto es médicamente necesario en el caso de:

Nombre Completo del Individual: _____ 2 _____

Fecha de Nacimiento de Individual: _____ 3 _____

Dirección del Individual: _____ 4 _____
Dirección de su residencia Ciudad Estado Código Postal

Por la siguiente razón:

(MARQUE UNA) 5

Hay suficiente evidencia para creer que el embarazo es el resultado de violación o incesto.

El aborto es médicamente necesario ya que la mujer sufre de un desorden físico, daño físico o enfermedad física, incluyendo una condición que pone en peligro su vida causada o desarrollada por el embarazo mismo que pondría a la mujer en peligro de muerte al menos que el aborto se efectuó.

DOCUMENTACION DE APOYO: 6

(POR FAVOR MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN Y ANEXE LOS DOCUMENTOS)

Documentación de una agencia que ejecute la ley indicando que el paciente a hecho una denuncia creíble como una victima de violación o incesto.

Documentación de una agencia de salud social, El Departamento de Servicios Humanos (DHS) o una agencia de concejería (como el Centro de Crisis para Mujeres Violadas) indicando que el paciente hizo una denuncia creíble como una victima de violación o incesto.

Historial médico que documente la razón del aborto como una de salvación de la vida de la mujer.

Otro (Favor de especificar): _____

CIRUJANO QUE HARA EL ABORTO:

NPI# del Médico: _____ 7 _____

Dirección del Médico: _____

Firma del Médico: _____ 8 _____ Fecha: _____



TennCare, una división de Finanzas y Administración de Seguro Médico

Rev. April 24, 2015

CERTIFICADO DE NECESIDAD DE ABORTO

FECHA DEL SERVICIO: _____

Basado en mi opinión profesional, certifico que un aborto es médicamente necesario en el caso de:

Nombre Completo del Individual: _____

Fecha de Nacimiento de Individual: _____

Dirección del Individual: _____
Dirección de su residencia Ciudad Estado Código Postal

Por la siguiente razón:

(MARQUE UNA)

- Hay suficiente evidencia para creer que el embarazo es el resultado de violación o incesto.

- El aborto es médicamente necesario ya que la mujer sufre de un desorden físico, daño físico o enfermedad física, incluyendo una condición que pone en peligro su vida causada o desarrollada por el embarazo mismo que pondría a la mujer en peligro de muerte al menos que el aborto se efectuó.

DOCUMENTACION DE APOYO:

(POR FAVOR MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN Y ANEXE LOS DOCUMENTOS)

- Documentación de una agencia que ejecute la ley indicando que el paciente a hecho una denuncia creíble como una victima de violación o incesto.

- Documentación de una agencia de salud social, El Departamento de Servicios Humanos (DHS) o una agencia de concejería (como el Centro de Crisis para Mujeres Violadas) indicando que el paciente hizo una denuncia creíble como una victima de violación o incesto.

- Historial médico que documente la razón del aborto como una de salvación de la vida de la mujer.

- Otro (Favor de especificar): _____

CIRUJANO QUE HARA EL ABORTO:

NPI# del Médico: _____

Dirección del Médico: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____