



## FORMULARIO ÚNICO

### DECLARACIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA INDIVIDUAL

Artículo 119 ter del Código Sanitario, introducido por la Ley N°21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales y Decreto N° 67 de 2018 del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento para ejercer objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario.

Aprobado por Resolución Exenta N° 1624 de 2018 del Ministerio de Salud.

La manifestación de objeción de conciencia sólo procede respecto de las personas que desarrollen las siguientes funciones:

1. El médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo; y
2. El resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención

#### Identificación del objeto:

Nombre completo	
Nacionalidad	
Número de C.I. o pasaporte	
Indicación del título profesional o técnico	
Cargo o función	
Establecimiento de salud	

#### **DECLARO:**

1. Que conozco la Ley N°21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, a saber:

- **La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida** (Causal N°1 del artículo 119 del Código Sanitario).
- **El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal** (Causal N°2 del artículo 119 del Código Sanitario).
- **Embarazo sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurridos los plazos dispuestos por la Ley** (Causal N°3 del artículo 119 del Código Sanitario).

2. Que comprendo el contenido y alcance de la Ley y el Decreto N° 67 de 2018 del Ministerio de Salud; en particular, el derecho que me reconoce para declarar mi objeción de conciencia lo que permite que me abstenga realizar la interrupción voluntaria del embarazo requerida en la o las causales que posteriormente se detallan.

3. Que la objeción de conciencia no procede respecto de actos de información, diagnóstico, toma e informe de exámenes, reasignación, derivación, así como tampoco respecto de los demás actos de preparación o cuidados posteriores al procedimiento de interrupción del embarazo, sea que estos últimos se requieran regularmente en el procedimiento, o bien, su necesidad de entregarlos surja de complicaciones en la condición de salud de la mujer (artículo 9 Decreto 67/2018).

4. Tampoco procede si la mujer requiere atención inmediata e impostergable, y se encontrare en la causal del N° 1 del inciso primero del artículo 119 del Código Sanitario, y cuando no existe otro médico cirujano que pueda realizar la misma intervención.

5. Que la objeción de conciencia solo procederá respecto de las causales de interrupción del embarazo que expresamente señalen los interesados en el presente formulario.

6. Que comprendo las obligaciones que la presente declaración genera para con el establecimiento y la mujer que solicita interrupción voluntaria del embarazo al amparo de alguna de las causales mencionadas.

En especial la obligación de dar aviso de inmediato tanto a la mujer como al establecimiento de mi condición de objetor ante el hecho de haber sido requerido para realizar o intervenir en una interrupción voluntaria del embarazo, de modo que se proceda a la reasignación o derivación según corresponda.

7. Que, debo realizar esta misma manifestación en todos los centros asistenciales donde cumpla funciones, sin distinguir si son públicos o privados (artículo 11 Decreto 67/2018).

8. Que estoy en conocimiento que las infracciones al Decreto N° 67 de 2018, del Ministerio de Salud, serán sancionadas por la autoridad competente en la forma y con arreglo a los procedimientos previstos en el Libro Décimo del Código Sanitario y en la ley N° 20.584, según corresponda, sin perjuicio de las demás responsabilidades que pudieren proceder.

9. Que mi manifestación de objeción de conciencia debe ser libre. No podrá discriminarse arbitrariamente a ninguna persona que manifieste su condición de objetor de conciencia o se haya abstenido de hacerlo (artículo 10 Decreto 67/2018).

10. Que puedo retractarme de mi declaración respecto de todas o alguna de las causales de interrupción voluntaria del embarazo. Asimismo, puedo extender mi manifestación de objeción de conciencia a causales no previstas en la declaración original.

11. Que conforme lo anterior, por este acto vengo manifestar mi voluntad relativa a la objeción de conciencia de la siguiente forma (indicar según corresponda):

- Causal N°1: La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.
- Causal N° 2: El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.
- Causal N°3: Embarazo sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurridos los plazos dispuestos por la Ley.

\_\_\_\_\_  
Firma de Objetor

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y sello de Director del  
Establecimiento de Salud  
Receptor de la declaración

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha de la Declaración: \_\_\_\_\_

Hora de la Declaración: \_\_\_\_\_

Nota: La manifestación de objeción de conciencia deberá otorgarse en dos formularios originales, uno de los cuales quedará en poder del declarante, y uno en poder del establecimiento.