VS-922 (Spanish) 10/2022

ESTADO DE KENTUCKY

REGISTRO ESTATAL DE ESTADÍSTICAS VITALES

**PERMISO PARA TRANSPORTAR RESTOS FETALES**

\*\*ESCRIBIR A MÁQUINA O CLARAMENTE EN TINTA NEGRA PERMANENTE\*\*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Comunicación sobre la terminación de un embarazo** | | | | | | |
| *En un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas antes de un aborto quirúrgico o con medicamentos, o en un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas después de un aborto espontáneo, el centro médico o clínica de abortos les avisará a los padres del feto, oralmente y por escrito, del derecho de los padres a determinar si estos tomarán la responsabilidad de la disposición final de los restos fetales o si cederán la responsabilidad de la disposición final al centro médico o clínica de abortos.* | | | | | | |
| El centro médico o clínica de abortos revisó con los padres o tutores su derecho a determinar la disposición final: Sí No | | | | | | |
| **Padre(s)** | | | | | | |
| Edad de la madre: | | | | Edad del padre: | | |
| (*Si los padres son menores de dieciocho (18) años de edad, por favor marque el consentimiento adecuado a continuación)*  Emancipados por orden judicial que otorga el derecho de consentir por sí solos: 🞎 **Sí** 🞎 **No** 🞎 **N/A**  Consentimiento de los padres o tutores: 🞎 **Sí** 🞎 **No** 🞎 **N/A** | | | | | | |
| **Conversación sobre la disposición final** | | | | | | |
| *Indique cuál de las siguientes eligieron los padres:* | | | | | | |
| * Los padres o tutores ceden la custodia de los restos fetales y la responsabilidad de la disposición final de los mismos a la custodia del centro médico o clínica de abortos, y este centro o clínica desechará los mismos como lo haría con cualquier otro tipo de restos humanos. | | O | * Los padres retienen la custodia de los restos fetales y la responsabilidad de la disposición final de los mismos. | | | |
| **Propósito del transporte de restos fetales** | | | | | | |
| *Indique el propósito del transporte de los restos fetales:* | | | | | | |
| **Información sobre el aborto** | | | | | | |
| Indique el tipo de interrupción del embarazo: | | | | | | |
| * Aborto inducido | | | | * Aborto espontáneo/natural | | |
| * Aborto inducido quirúrgicamente | * Aborto inducido con medicamentos | | |
| **Fecha y lugar del aborto** | | | | | | |
| Fecha del aborto: | | | | | Hora: | A.M. P.M. |
| Condado del aborto: | | | | | | |
| Centro o lugar del aborto: | | | | | | |

|  |
| --- |
| Disposición final por parte de un crematorio con licencia bajo KRS Capítulo 367 *(Se requiere un permiso del Médico Forense)* |
| Entierro a través de una funeraria con licencia bajo KRS Capítulo 316 |
| Entierro por los padres de manera privada en conformidad con KRS 381.697 y los reglamentos administrativos del Gabinete |
| Entrega de los restos fetales al centro médico o clínica de abortos para la disposición final |
| Para hacer cumplir la ley en el contexto de una investigación penal con el consentimiento de los padres |
| A un laboratorio de patología para un examen de los restos fetales con el consentimiento de los padres |

VS-922 (Spanish) 10/2022

ESTADO DE KENTUCKY

REGISTRO ESTATAL DE ESTADÍSTICAS VITALES

**PERMISO PARA TRANSPORTAR RESTOS FETALES**

\*\*ESCRIBIR A MÁQUINA O CLARAMENTE EN TINTA NEGRA PERMANENTE\*\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Entrega de restos fetales** |
| Por la presente se otorga autorización a  *Centro médico o clínica de abortos*  para entregar los restos fetales a  *Funeraria*  con el fin de transporte y/o disposición  *Firma de padre, madre o tutor(a)*  Firma de registrador local, suplente del registrador, médico forense o médico de cabecera  Testigo |
| *Una persona o entidad no deberá: Deshacerse de un feto o restos fetales como desecho médico o infeccioso; ofrecer dinero o cualquier cosa de valor por un feto abortado o restos fetales; aceptar dinero o cualquier cosa de valor por un feto abortado o restos fetales; o transportar ni hacer arreglos para el transporte de restos fetales con ningún otro propósito que no sea: Disposición final por parte de un crematorio autorizado bajo el Capítulo 367 de KRS; entierro a través de una funeraria autorizada bajo el Capítulo 316 de KRS; entierro por el padre o los padres de manera privada en conformidad con KRS 381.697 y las regulaciones administrativas promulgadas por el Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia; entrega de los restos fetales al centro de atención médica o clínica de abortos para disposición final; para hacer cumplir la ley en el contexto de una investigación penal con el consentimiento de los padres; o a un laboratorio de patología para el examen de los restos fetales con el consentimiento de los padres.* |
| **Custodia de los restos fetales** |
| Yo, en representación de por la presente acepto la custodia de los restos fetales y acuerdo asegurar y entregar este Permiso a la Oficina de Estadísticas Vitales.  Firma Dirección  Ciudad/Estado |
| **Persona a cargo de la disposición final** |
| Los restos fetales fueron enterrados cremados consignados a el  Nombre del cementerio/crematorio  Dirección  Firma (Sacristán o persona encargada) |

Dirección de la Oficina de Estadísticas Vitales:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  | |
|  |  |
|  |  |

**Office of Vital Statistics 275 East Main Street, 1E-A Frankfort, KY 40621**

**Fax: 502-564-9398**