

## **ANEXO III. Autorización**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

Se autoriza la interrupción del embarazo solicitada por la paciente \_\_\_\_\_,  
Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, documento \_\_\_\_\_, habiendo cumplimentado los requisitos  
establecidos por la Ley N° 1044 de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionada en  
el año 2003.

De acuerdo con lo acordado con la paciente y sus familiares, se establece como fecha probable de in-  
ternación entre el \_\_\_\_\_ y el \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_ semanas de edad gestacional, según la dispo-  
nibilidad de camas de la institución en dicho momento.

---

*Firma y sello  
del médico tratante*

---

*Firma de la Dirección  
HMMI Ramón Sardá*