

Plan

Método de confirmación de embarazo

Escribe tu respuesta aquí

Edad gestacional

Escribe tu respuesta aquí

Inicio del procedimiento con medicamentos

día / mes / año

Método para la interrupción

Escribe tu respuesta aquí

Medicamento para el manejo del dolor

Escribe tu respuesta aquí

Nombre del servicio de salud de confianza en caso de emergencia

Escribe tu respuesta aquí

Dirección del servicio de salud

Escribe tu respuesta aquí

Nombre de contacto de confianza para acompañamiento o en caso de emergencia

Escribe tu respuesta aquí

Teléfono de contacto

Escribe tu respuesta aquí

Información relevante a considerar

Escribe tu respuesta aquí