

Si usted conoce alguien que ha tenido un aborto, animelos a llenar ésta forma.

Congreso en Chile

DECLARACIÓN COMO MI ABORTO ME LASTIMÓ

Estado de _____
Condado de _____

“Mi nombre es _____. Mi edad es arriba de los dieciocho años, y soy de sanas facultades mentales y competente para hacer esta declaración. Tengo conocimiento personal de los hechos escritos en esta declaración, y declaro bajo penalidad de perjurio lo siguiente:

- 1) ¿Cuándo y dónde ocurrió su aborto? (incluya la ciudad y estado) _____
- 2) ¿Cuántas semanas de embarazo tenía? _____ ¿Qué tipo de aborto le hicieron? _____
- 3) ¿Fue adecuadamente informada de la naturaleza de aborto, qué es, qué es lo que hace? (Escoja uno) Sí No Si no, explique: _____
- 4) ¿Fue adecuadamente informada de las consecuencias de aborto? _____
- 5) ¿Fue informada de alguna conexión entre el aborto y cáncer de mama? Sí No Ha tenido cáncer de mama? Sí No
- 6) ¿Le presionó alguien para que tuviera el aborto? Sí No Si contestó sí, quién la presionó? _____
- 7) ¿Cómo le ha afectado el aborto? _____
- 8) ¿Cómo ha afectado el aborto a las personas en su vida? _____
- 9) Basado en su propia experiencia, ¿qué le diría a una mujer que esta considerando abortar? _____
- 10) Basado en su propia experiencia, ¿qué le diría a la Corte que cree que el aborto debería ser legal? _____

Puede agregar páginas adicionales de su testimonio si es necesario.

“Yo declaro bajo penalidad de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América que lo siguiente es cierto y correcto.”

Ejecutado éste _____ día de _____, 20_____.

Por favor use mi: Nombre Completo Primer Nombre Únicamente Iniciales Únicamente

Firma: _____

Mi firma es evidencia de mi autorización para el uso de esta declaración para todos los propósitos.

Comuníquese conmigo No se comuniqué conmigo

**LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PERSONAL SERÁ GUARDADA CONFIDENCIALMENTE POR THE JUSTICE FOUNDATION
(Por favor escriba claramente)**

Escriba Su Nombre Completo _____ Teléfono (____) _____ - _____ Correo Electrónico: _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

También autorizo a The Justice Foundation tomar medidas legales de parte mía para prohibir ó restringir aborto.

Esta forma se puede duplicar antes de llenarse. Formas se encuentran en www.operationoutcry.org

Regresar a: The Justice Foundation · 8023 Vantage Drive · Suite 1275 · San Antonio, TX 78230

¿Preguntas? Llame gratis a 1-866-4-OUTCRY (468-8279) ¿Necesita ayuda? 1-866-482-LIFE (5433)