

ANEXO I

**DIRECCION DE OBRA SOCIAL - PROVINCIA DE SAN JUAN**



**San Juan**  
Gobierno

Ministerio de  
Salud

**OSP** OBRA SOCIAL  
PROVINCIA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Tratamiento Quirúrgico de Ligaduras de Trompas de Falopio/  
Ligadura de Conductos Deferentes o Vasectomía.

El afiliado:....., carnet N°:...../.....

Edad:.....

Declaro que siendo mayor de edad y en pleno uso de mis facultades he recibido por parte del médico tratante, Dr.:.....; M.P.

N°:.....; declaro también haber recibido información suficiente del procedimiento quirúrgico de ....., al cual soy sometida/o, en lo relativo a su naturaleza e implicancia, métodos alternativos de anticoncepción no quirúrgicos, como asimismo, las características del procedimiento, sus riesgos y consecuencias.-----

Manifiesto que las explicaciones y aclaraciones brindadas por el médico tratante sobre el citado procedimiento, han sido suficientes.-----

Por todo ello doy la conformidad para realizar el tratamiento quirúrgico de Ligadura de .....y de todo acto que sea considerado en beneficio de mi salud, durante el acto quirúrgico y no ser previsto con anticipación, que efectuó el citado médico; eximiendo a la DIRECCION DE OBRA SOCIAL de toda responsabilidad médico legal del acto que consiento.-----

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE

.....  
CONFORMIDAD DEL PACIENTE

Aclaración: .....

D.N.I. N°:.....