

ellos el contenido del formulario.

- Responda las preguntas que se formulen. Si el paciente o familiares no lo hacen de forma espontánea, pregúnteles si todo está claro o si desean más información.

Es muy importante dejar claro que el consentimiento no es lo mismo que una carta blanca, ni tampoco la renuncia del paciente a sus derechos.

- Una vez obtenido, adjúntelo a la historia clínica. Registre en la historia clínica la fecha y hora de la conversación, nombre y apellido de todas las personas que estuvieron presentes en la sesión y cualquier otro detalle importante que no pueda ser escrito en el formulario. Firme el comentario de la historia clínica y el formulario de consentimiento. Haga que los familiares firmen el formulario. Si le piden una copia, entrégueles una fotostática.
- La firma de todos los actores debe ser registrada con puntabola azul. Si el o la paciente no sabe escribir, estampará su huella digital. Quien realice el procedimiento colocará además su sello personal, que debe incluir número de registro, según corresponda (el del Ministerio de Salud y Deportes y el del Colegio Profesional respectivo). Si no tuviese sello, registrará de puño y letra, debajo de su firma, con bolígrafo azul, su nombre, apellidos y números de registro.
- Recuerde que los pacientes tienen el derecho de cambiar de opinión en cualquier momento, antes de que se inicie el procedimiento de diagnóstico o tratamiento, o durante si es factible. Si esto ocurre, registre el hecho en la historia clínica, junto con la fecha, hora y firmas.
- Cuando el procedimiento diagnóstico o terapéutico tiene que ser realizado en un servicio o unidad diferente a la de pertenencia de el o la paciente, y en especial si será realizado por personal que no pertenece al servicio de origen, éste deberá asegurar que la historia clínica y el formato de consentimiento informado estén disponibles en el sitio donde será ejecutado el procedimiento.

XI. CUANDO SOLICITARLO.-

- Cirugías programadas o de emergencia, médicas y odontológicas
- Procedimientos diagnósticos invasivos, especialmente en los que la evidencia científica prevé complicaciones
- Tratamientos médicos o quirúrgicos con efectos colaterales que afectan la calidad de vida (cáncer, derivaciones intestinales, enfermedad de Chagas, otros)
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria
- Administración de anestesia
- Tratamientos médicos de enfermedades mas frecuentes, pero cuando el paciente o familiares muestran dudas antes de tomar una decisión.
- Tratamientos en los que se emplea medicamentos que por la evidencia científica se sabe que pueden provocar efectos colaterales graves, o reacciones alérgicas, aunque éstos sean poco frecuentes.
- Casos de violencia familiar, doméstica o sexual
- Tratamientos odontológicos de riesgo. Ortodoncias.
- Investigaciones clínicas, médicas u odontológicas, con pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- Transfusión de sangre y derivados
- Cualesquier otras situaciones en las que el médico, odontólogo, enfermera, auxiliar de enfermería u otro profesional o técnico de salud, considere necesario obtenerlo.

XII. FORMATOS DISPONIBLES.-

De acuerdo a cada caso, el responsable de obtener el consentimiento informado, es decir la persona encargada de realizar el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, escogerá el apropiado entre los siguientes formatos generales y específicos que figuran en el anexo.

- Ficha Básica de Consentimiento Informado para hospitalización*
- Ficha Específica de Consentimiento Informado para Intervenciones Quirúrgicas
- Ficha Específica de Consentimiento Informado para Procedimientos Diagnósticos
- Consentimiento informado para tratamiento de la Enfermedad de Chagas
- Consentimiento Informado para Transfusión Sanguínea Segura
- Consentimiento Informado para Ligadura de Trompas
- Consentimiento Informado para Vasectomía

* Debe ser aplicado a todo paciente que recibe la indicación de hospitalización, como requisito básico para la labor médica y de enfermería que se planificará, al margen de la obtención de otros consentimientos informados que la situación de salud del paciente podría demandar

FICHA BASICA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACION *

Estimado(a) paciente:

El consentimiento informado es la potestad que Usted tiene de aceptar libremente y sin presiones, que por necesidad diagnóstica o terapéutica, se practique en su propio cuerpo algún procedimiento clínico, laboratorio, imagenológico o instrumental, previa explicación clara de la persona que se lo practicará, con el fin de que usted sepa y comprenda cómo será realizado y cuáles son sus beneficios y eventuales riesgos o perjuicios, a más de obtener respuesta a sus preguntas e inquietudes.

En tal sentido, lea cuidadosamente este formulario y marque con una X la casilla que mejor se acomode a su respuesta.

1.- ¿Acepta Usted voluntariamente ser internado en

☒ SI

☐ NO

☐

Obligado por mi enfermedad

2.- ¿Desea Usted ser informado de todo lo que acontezca en el curso de su enfermedad?

☒ SI

☐ NO

☐

Únicamente cuando yo pregunte

3.- ¿Da su consentimiento para someterse al interrogatorio y examen físico que permitan investigar las causas de su enfermedad y hacer el seguimiento de la misma?

☒ SI

☐ D

Siempre y cuando sean realizados por personal autorizado y competente que se identifique con claridad, y proceda con el debido cuidado y respeto a mi pudor y privacidad.

☐ NO

* En pacientes menores de edad o aquellos con impedimento físico, mental o psíquico para dar por sí mismos el consentimiento informado, será el familiar o tutor responsable quien lo dé, bajo las mismas condiciones explicadas para los demás pacientes.

4. ¿Acepta someterse a los exámenes clínicos de seguimiento cotidiano, así como a los controles y tratamientos rutinarios que ejerza el personal de enfermería?

SI **D**

SI **D** siempre y cuando sea informado sobre la naturaleza de los medicamentos que recibo y obedezcan a indicaciones precisas y escritas en mi Historia Clínica por los médicos tratantes de mi enfermedad.

NO^o

5. ¿Acepta la colocación de sueros e inyectables sabiendo que el uso de agujas y catéteres puede provocarle alguna molestia o dolor, así como complicaciones locales (irritación, equimosis, abscesos localizados, hematomas) y complicaciones alérgicas de manifestación variable.

SI **D**

SI **D** siempre que en el lugar donde me encuentre tengan los recursos necesarios para resolver satisfactoriamente tales complicaciones.

NO^o

6.- Acepta la colocación de sondas o catéteres ?

SI **D**

SI **D** siempre que de acuerdo a prescripción médica sean estrictamente necesarios

SI **D**

SI **D** siempre y cuando mi médico tratante me explique los efectos no deseados o complicaciones eventuales que pudieran provocar

No **O**

7.- Usted autoriza que le tomen muestras para exámenes de laboratorio por razones de su enfermedad ?

SI **D**

SI **D** siempre y cuando sean estrictamente necesarias

SI **D** sin restricciones, siempre y cuando me sean explicadas las razones

NO **O.**

8.- Autoriza someterse a exámenes radiográficos y ecográficos que sus médicos tratantes consideren necesarios?

SI **D**

SI **D** siempre y cuando sean métodos simples, no invasivos y que no requieran introducción de medios de contraste en órganos cavitarios o en el torrente circulatorio

NO **D**

16

9.- Dará Usted su consentimiento para someterse a procedimientos de diagnóstico o tratamiento más complejos que por razones de su enfermedad, pudieran ser necesarios?

ig
...
...

SI **D** siempre y cuando la persona responsable de su realización me informe cabalmente sobre todas las implicaciones que tenga el procedimiento al que deba someterme.

8
B

SI **D** prefiriendo desconocer detalles ni ser informado sobre dichos procedimientos.

1
o

NO **D**

10.- Acepta Usted la presencia de estudiantes o personas en formación cuando reciba la visita de su médico tratante o le sea practicado un examen clínico o cualquier otro procedimiento para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad?

SI **D**

Si **D** siempre que las personas sean pocas, me examine una sola y

se respete mi pudor y privacidad

NO **D**

Firma, Nombre y Apellidos, números de registro de la persona que obtuvo el consentimiento

Firma o huella digital, nombre y apellidos, CI de el o la paciente

Firma o huella digital, nombre y apellidos, CI, del responsable o familiar

Lugar y fecha

FICHA ESPECÍFICA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Para intervenciones quirúrgicas (médicas y de odontología)

Estimado paciente:

El consentimiento informado es fa potestad que Usted tiene de aceptar libremente y sin presiones, que por necesidad diagnóstica o terapéutica, se practique en su propio cuerpo algún procedimiento quirúrgico, previa explicación clara de la persona que se fo practicará, con el fin de que usted sepa y comprenda cómo será realizado y cuáles son sus beneficios y eventuales riesgos o perjuicios, a más de obtener respuesta a sus preguntas e inquietudes.

Con este propósito, y para el caso en particular de fa intervención quirúrgica que fe será practicada, le solicitamos leer cuidadosamente este formulario, en cuya parte final encontrará Usted una casilla para marcar su aceptación o rechazo, seguida de su nombre completo y firma.

Nombre del paciente.....

Nombre del Establecimiento

Especificar si el paciente esta internado o es ambulatorio.....

.....

Servicio o Unidad de Internación del paciente.....

Nº de Cama.....Nº de Expediente Clínico.....

Nombre del cirujano principal que realizará la intervención quirúrgica.....

.....

Nombre técnico de la intervención quirúrgica

Explicación literal y gráfica de la intervención quirúrgica

(espacio libre para la descripción)

Duración aproximada de la intervención quirúrgica

Medicamentos, sustancias o materiales especiales que serán usados, administrados o colocados al paciente durante la realización de la intervención quirúrgica.

Utilidad (o necesidad) de la intervención quirúrgica.....

Beneficios de la intervención quirúrgica.....

Contraindicaciones de la intervención quirúrgica.....

-1 -i- . . ' .i- . +'. - ' - ' ' -

La lectura de esta ficha ha sido acompañada de una explicación clara del cirujano principal encargado de realizar la intervención quirúrgica ?

SI

NO

D

D

Una vez que Usted ha leído y llenado la presente ficha y habiendo comprendido cómo se realizará la intervención quirúrgica y cuáles son sus beneficios o eventuales perjuicios, sírvase señalar claramente si usted esta de acuerdo o no con su realización.

Si estoy de acuerdo ☐ No estoy de acuerdo ☐

Nombre completo (paciente).....

Firma o huella, y Cl.....

Lugar y fecha

Nombre y Apellidos,
Sello, No. registro y firma del profesional,
que hará la intervención quirurgica

Nombre y Apellidos, firma o huella digital
C.f. del paciente o familiar responsable

FICHA ESPECÍFICA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Para procedimientos diagnósticos o terapéuticos*)

Estimado paciente:

El consentimiento informado es la potestad que Usted tiene de aceptar libremente y sin presiones, que por necesidad diagnóstica o terapéutica, se practique en su propio cuerpo algún procedimiento clínico, laboratorio, imagenológico o instrumental, previa explicación clara de la persona que se lo practicará, con el fin de que usted sepa y comprenda cómo será realizado y cuáles son sus beneficios y eventuales riesgos o perjuicios, a más de obtener respuesta a sus preguntas e inquietudes.

Con este propósito, y para el caso en particular del procedimiento que le será practicado, le solicitamos leer cuidadosamente este formulario, en cuya parte final encontrará Usted una casilla para marcar su aceptación o rechazo, seguida de su nombre completo y firma.

Nombre del paciente.....

Nombre del Establecimiento

Especificar si el paciente esta internado o es ambulatorio

Servicio o Unidad de Internación del paciente

Nº de Cama.....Nº de Expediente Clínico

Nombre del profesional que solicita el procedimiento.....

Nombre del Servicio donde se realizará el procedimiento.....

• Esta ficha debe ser aplicada también para los procedimientos de anestesia

Nombre del profesional o técnico que practicará el procedimiento

Nombre Técnico del procedimiento

Breve explicación literal y gráfica del procedimiento

(espacio libre para la descripción)

Duración aproximada del procedimiento

Medicamentos o sustancias (medios de contraste, material radioactivo, otras) que serán administrados al paciente durante el procedimiento, dosis y vía de administración

Utilidad (o necesidad) del procedimiento

22

Beneficios del procedimiento

1 Contraindicaciones del procedimiento

8
Eventuales efectos colaterales o indeseables del procedimiento

1
Eventuales efectos colaterales o indeseables de los medicamentos o sustancias que

8
,

se requieren para su realización.....

Eventuales riesgos y peligros del procedimiento

La lectura de esta ficha ha sido acompañada de una explicación clara de la persona encargada de realizar el procedimiento?.

SI **D** NO **D**

Una vez que Usted ha leído y llenado la presente ficha y habiendo comprendido cómo se realizará el procedimiento y cuáles son sus beneficios o eventuales perjuicios, sírvase señalar claramente si usted esta de acuerdo o no con su realización.

Si estoy de acuerdo **D** No estoy de acuerdo **D**

Nombre completo (paciente).....:

Firma.....

Lugar y fecha

Sello, N° de registro y firma del profesional
Nombres y Apellidos

.....
Firma o huella digital, Nombre y Apellidos,
C.I. del paciente o familiar responsable

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE CHAGAS

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

He sido inform do(a), por el Personal de Salud que mi hijo(a) nacido(a) en fecha, de.....años de edad, tiene la enfermedad de Chagas y es necesario su tratamiento.

El referido personal me informó sobre las consecuencias negativas a largo plazo de esta enfermedad, que se pueden presentar en la salud de mi hijo(a), y que debe realizarse tratamiento con el medicamento Benznidazol, a ser suministrado en forma gratuita, comprometiéndome formalmente a vigilar que mi hijo(a) reciba las tabletas durante los sesenta *días* de tratamiento.

Asimismo declaro, que el personal de salud también me ha informado sobre los posibles efectos no deseados del medicamento. Por lo que, al aceptar el tratamiento a ser suministrado a mi hijo(a), manifiesto que asumiré mi responsabilidad en caso de presentarse en mi hijo(a) algún tipo de molestia o de efectos adversos.

De igual manera, me comprometo a acudir con mi n'ño(a) a los controles convenidos en la tarjeta de seguimiento y en cualquier momento al Centro de Salud, para recibir consejo, si es que presentare algún tipo de molestia o efecto adverso.

Por lo expuesto, a través del presente documento, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades, libre y espontáneamente DAR MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO al personal de salud a realizar el tratamiento pertinente.

En señal de conformidad firman:

Personal de Salud Resp. Tratamiento

Nombre:

Sello/Nombre y Cargo.....

Firma:.....

Firma:

C.I./RUN:

C.I./RUN:

Localidad: _____ día:mes: del 200.....

1. ¿Qué es? Este tratamiento con Benznidazol se aplica a pacientes que tienen la Enfermedad de Chagas en su forma Crónica Reciente, diagnosticadas mediante un estudio laboratorio de Inmunocromatografía (Stat Pack) y confirmado con ELISA convencional.

2. ¿Para qué sirve? Este medicamento elimina al parásito *Tripanosoma Cruzi* en la sangre de las personas enfermas.

3. ¿Cómo se realiza? Cada tableta de benznidazol tiene una concentración de 100 mg. que debe ser dosificada de acuerdo al peso del niño(a), divididas en dos tomas diarias, luego de las comidas. La duración del tratamiento es de 60 días, debiendo permanecer el paciente en permanente control.

4. ¿Qué riesgos tiene? El medicamento debe administrarse previo examen médico exhaustivo, plasmado en la Historia clínica para definir el tratamiento. En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este tratamiento superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicado. Si aparecieran complicaciones que lleven a riesgo de agravar su salud, en caso necesario será transferido por el personal a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

Las reacciones adversas mas frecuentes son las de la piel (20%), digestivas (5,6%), neuromusculares (2,7%) y las hematológicas que son muy raras. Las manifestaciones de piel se presentan en su forma leve con escozor, manchas rojas y ronchas localizadas. En su forma moderada con fiebre, escozor intenso, manchas rojas Y ronchas en todo el

cuello y en su forma **grave** con fiebre, escozor intenso, manchas rojas, ronchas, ampollas, descamación, hinchazón, generalizados y compromiso de mucosas de los ojos, boca y genitales.

Las manifestaciones digestivas se presentan con dolor de estómago, vómito y pérdida de apetito de diferente intensidad.

Las manifestaciones neuromusculares se presentan con dolor muscular, articular, sensación de hormigueo de diferente intensidad en extremidades, que pueden producir dificultad para caminar. Acompañado o no de dolor de cabeza.

5. ¿Hay otra alternativa de tratamiento? Si, existe el medicamento NIFURTIMOX que se puede utilizar cuando las reacciones adversas del BENZNIDAZOLE impiden continuar su uso.

Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

NOTA.- Esta información debe ser explicada por el personal de salud al responsable del niño(a), verificando su comprensión, debido a que en muchos casos no saben leer.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA SEGURA

1. Hospital/centro de salud/clínica.....

2. Datos de el o la paciente

Nombre y apellidos Edad.....

Diagnóstico

Servicio / sala / pieza..... No. de cama.....

3. Solicitud de la transfusión

Dr.:..... Ma't. Prof.....

4. Producto solicitado

Sangre total	c:::J	Crioprecipitados	<input type="checkbox"/>
Concentrado de glóbulos rojos	c:::J	Plasma normal	<input type="checkbox"/>
Concentrado de plaquetas	c:::J	Plasma fresco congelado	<input type="checkbox"/>
Glóbulos rojos lavados	c:::J		

Sr./Sra SI ☐ NO ☐ doy mi consentimiento para recibir las transfusiones de sangre o componentes sanguíneos que necesite para el tratamiento de mi enfermedad mientras permanezca ingresado, según la información recibida del Dr./Dra.....

Se me ha comunicado que las transfusiones de sangre son vitales para salvaguardar la vida de un paciente, sin embargo estas no están exentas de riesgo debido a que mediante la transfusión se introduce un tejido extraño para el paciente, por lo que puede presentarse una serie de efectos adversos inmediatos o tardíos como fiebre, escalofríos, cefalea, rash, ruborización, náusea, vómito, ansiedad e incluso opresión torácica. (VER RIESGOS TRANSFUSIONALES INHERENTES A LA RECEPCIÓN DE SANGRE). Se me ha indicado que el equipo médico responsable de la transfusión esta debidamente preparado para aliviar estos efectos.

Asimismo, se me ha comunicado que la sangre a transfundirme procede de donantes altruistas; que se han realizado las pruebas o análisis que marca la Legislación vigente para descartar la presencia de Hepatitis B y C, VIH 1 y 11 (SIDA), Sífilis, Chagas, Malaria; que se han detectado anticuerpos irregulares, que la sangre es compatible con la mía.

Consentimiento del familiar, responsable o tutor legal del paciente, cuando proceda. 27

Sr. / Sra.: C.L SI ☐ NO ☐ doy mi consentimiento para la transfusión según los términos de los párrafos anteriores, en su calidad de..... del paciente

Sr./Sra./niño/niña

Si el paciente no está consciente y en ausencia de familiares o responsables.

El médico responsable Dr./Dra..... Mat. Prof.....

procede a solicitar y autorizar la transfusión al paciente

Sr./Sra./Menor..... bajo su criterio y

acreditada la URGENCIA con certificación médica del tratamiento.

Ciudad de....., a hr..... del..... de 200.....

Nombre y apellidos

(paciente, familiar o médico)

FIRMA

RIESGOS TRANSFUSIONALES INHERENTES A LA RECEPCIÓN DE SANGRE O COMPONENTES

1. La sangre procede de donantes altruistas que son más seguros que los retribuidos e incluso que los familiares, pues no están sometidos a ninguna presión y no tienen necesidad de mentir en el interrogatorio previo a la donación. Además, al haber donado en múltiples ocasiones, han sido controlados reiteradamente.
2. La sangre del donante es de un grupo compatible con la del enfermo. Previamente a su administración se "CRUZAN" ambas, es decir se enfrentan una contra la otra para comprobar que son compatibles.
3. A cada unidad de sangre se hacen las pruebas de SIDA {VIH 1 y 2}, Marcadores de la Hepatitis B y C, pruebas de Sífilis, Chagas y en caso necesario se investiga Malaria. A pesar de ello existe un riesgo de contagio por millón de transfusiones de 5 contagios de HIV {SIDA}, 10 contagios de Hepatitis B, 300 contagios de Hepatitis C y Sífilis y 500 contagios de Chagas, y Malaria en zonas endémicas. Teniendo en cuenta el volumen de unidades al año transfundidas provenientes de los Bancos de Sangre Públicos de Referencia, aproximadamente existirá un riesgo de un contagio de SIDA cada 40 años, uno cada 20 años de Hepatitis B y de uno al año de Hepatitis C, ello por el hecho inmunológico del "período ventana", tiempo en el que las actuales pruebas de descarte no detectan la posible enfermedad.
4. Hay un riesgo pasajero de escalofríos, fiebre y reacciones urticariales, sobretodo si se han recibido múltiples transfusiones previas.
5. En su conjunto los riesgos asociados a recibir sangre son mucho menores que los que pudieran derivarse del agravamiento de su dolencia por no recibir la transfusión indicada por el médico.
6. Su médico debe informarle de la importancia de la transfusión para el tratamiento de su enfermedad, aclarar todas sus dudas y notificarle sobre reacciones transfusionales tardías.
7. Para evitar las reacciones transfusionales, exija que le realicen las pruebas de compatibilidad, se verifique el grupo sanguíneo de la bolsa con el del paciente y que se controle en forma permanente el ingreso de la sangre o componente.
8. No permita que se apresure la transfusión, que se la coloquen extremadamente fría o que la calienten.
9. Exija que la transfusión y su curso sea administrada por médico o enfermera.
10. Comunique a la enfermera o médico en forma inmediata cualquier reacción o malestar que presente durante o después de la transfusión.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA
DE TROMPAS

Si la usuaria no habla español, debe recibir toda la información contenida en este documento en su lenguaje materno y en presencia de un testigo que hable su mismo idioma. Ambos (usuaria y testigo) estamparán su firma o huella digital como prueba de su conformidad. En esta situación el testigo deberá firmar debajo de las rúbricas de la usuaria y el profesional responsable del procedimiento.

En caso de que la usuaria sea analfabeta, se procederá a la lectura del Consentimiento Informado por parte del profesional responsable, en presencia de un testigo. La usuaria manifestará su conformidad estampando su impresión digital.

Yo, mayor de edad, en pleno derecho solicito en forma libre, informada y voluntaria se me realice ligadura de trompas.

- Conozco que los servicios de salud ofertan métodos temporales de anticoncepción que me pueden ser provistos. He recibido información precisa sobre cada uno de ellos, incluyendo beneficios y limitaciones.
- Tuve la oportunidad de hacer preguntas específicas sobre la ligadura de trompas, las mismas que fueron respondidas satisfactoriamente.
- Comprendo que se me realizará una intervención quirúrgica (operación) llamada ligadura de trompas.
- Estoy consciente de que toda intervención quirúrgica puede entrañar riesgos de los cuales he sido informada.
- Conozco que éste método es permanente; sin embargo, se me informó que existe una mínima posibilidad que el método falle y que yo pueda quedar embarazada.
- Me han informado que puedo cambiar de opinión en cualquier momento antes de la intervención quirúrgica, y que no se me negarán servicios de salud sexual y reproductiva para poder elegir otro método anticonceptivo.
- Fui informada con amplitud y claridad sobre las posibles molestias y complicaciones post operatorias.
- Me comprometo a acudir al centro de salud para los controles médicos correspondientes y si tengo alguna duda o molestia.

Firmo este consentimiento por mi libre voluntad y sin haber estado sujeta a ningún tipo de presión ni coerción.

Firma (o huella digital)
y nombre de la usuaria

Firma y Nombre
del profesional responsable

Firma y nombre del testigo

Lugar y fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VASECTOMIA

Si el usuario no habla español, debe recibir toda la información contenida en este documento en su lenguaje materno y en presencia de un testigo que hable su mismo idioma. Ambos (usuario y testigo) estamparán su firma o huella digital como prueba de su conformidad. En esta situación el testigo deberá firmar debajo de las rúbricas del usuario y del profesional responsable del procedimiento. En caso de que el usuario sea analfabeto, el profesional responsable, en presencia de un testigo, procederá a la lectura del Consentimiento Informado. El usuario manifestará su conformidad estampando su impresión digital y el testigo con su firma o huella digital.

Yo, mayor de edad, en pleno derecho solicito en forma libre, informada y voluntaria se me realice vasectomía.

- Conozco que los servicios de salud ofertan métodos temporales de anticoncepción que pueden ser provistos a mi persona o a mi pareja.
- He recibido información precisa sobre cada uno de ellos, incluyendo sus beneficios y limitaciones.
- Tuve la oportunidad de hacer preguntas específicas sobre la vasectomía, las mismas que fueron respondidas satisfactoriamente.
- Comprendo que se me realizará una intervención quirúrgica (operación) llamada vasectomía.
- Estoy consciente de que toda intervención quirúrgica puede entrañar riesgos de los cuales he sido informado.
- Conozco que este método es permanente; sin embargo, se me informó que existe una mínima posibilidad de que el método falle y que yo pueda procrear.
- Me han informado que puedo cambiar de opinión en cualquier momento antes de la intervención quirúrgica, y que no se me negarán servicios de salud sexual y reproductiva para poder elegir otro método anticonceptivo.
- Fui informado con amplitud y claridad sobre las posibles molestias y complicaciones postoperatorias.
- Me comprometo a acudir al centro de salud para los controles médicos correspondientes y si tengo alguna duda o molestia.

Firmo este consentimiento por mi libre voluntad y sin haber estado sujeto a ningún tipo de presión o coacción.

Firma (o huella digital)
y nombre del usuario

Firma y Nombre
del profesional responsable

Firma y nombre del testigo

Lugar y fecha