

Carta de Consentimiento bajo Información para la Aceptación de Métodos Anticonceptivos

Nombre de la Unidad: _____

Fecha: Día : _____ Mes : _____ Año : _____ Hora : _____ : _____

Nombre del (la) Paciente: _____

Habiendo comprendido la información que me proporcionaron en la **CONSEJERIA** y sin presión alguna, solicito y autorizo al personal de la Secretaría de Salud que me realice la aplicación de: **Dispositivo Intrauterino "DIU T de cobre"** (), **"DIU Medicado"** () o el **Implante Subdérmico** (); o del siguiente procedimiento quirúrgico: **Oclusión Tubaria Bilateral "Salpingo"** () o **Vasectomía** (). En la elección del método se han considerado mis expectativas reproductivas, personales y mi condición de salud.

ESTOY CONCIENTE DE QUE:

1. Existen métodos anticonceptivos temporales o definitivos para mí y mi pareja que puedo utilizar para planificar mi familia.
2. Me han sido explicadas las características del PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O LA APLICACIÓN DEL MÉTODO. Usos, beneficios, ventajas y posibles riesgos. También me han explicado que no existe un anticonceptivo 100% efectivo y que asumo la posibilidad del riesgo correspondiente a la falla eventual del método aceptado.
3. AL ELEGIR UN MÉTODO **ANTICONCEPTIVO PERMANENTE** ya no podré tener más hijos o hijas. También me han explicado que es necesario el empleo de anestesia, para la realización del método anticonceptivo permanente asimismo que el procedimiento en raras ocasiones PUEDE FALLAR, por causas no atribuibles al personal médico.
4. En cualquier momento **PUEDO DESISTIR DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O LA APLICACIÓN DEL MÉTODO**, y como resultado de ello no se me negarán los servicios médicos de salud ni otros beneficios.
5. No se me ha prometido algún beneficio económico o material, ni personal, ni comunitario, asimismo no he recibido amenazas, ni me han presionado, ni obligado para aceptar este método.
6. Para el caso de haber elegido la Vasectomía se me aclara que después de 25 eyaculaciones o 3 meses de operado, **DEBO DAR UNA MUESTRA DE SEMEN** para realizar el estudio de laboratorio llamado **espermatoconteo** (OMS), a través del cual se comprueba que la operación tuvo éxito. Cuando el resultado de éste sea negativo, seré dado de alta y **HASTA ENTONCES PODRÉ TENER ACTIVIDAD SEXUAL SIN USAR ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO**.
7. De no acudir a que se me realice el espermatoconteo, no tendré la seguridad de que el procedimiento tuvo éxito, y **EXISTE EL RIESGO DE EMBARAZAR** a mi pareja.
8. Tengo derecho y me comprometo a acudir a revisión médica en caso de duda, molestia o cuando se me indique o lo requiera.

Nombre completo y firma o huella digital
del (la) paciente.

Nombre completo y firma del personal que
proporcionó la consejería.

Nombre completo y firma o huella digital
del (la) testigo.

Nombre completo y firma o huella digital
del (la) testigo.

Nombre completo, matrícula y firma de la Médica
o el Médico tratante que otorgó el método.

***En caso de que el (la) paciente no hable español, deberá estar presente un traductor que le transmita la información que él (la) médico (a) le proporcione y garantizar que ésta fue totalmente comprendida.**