



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

### HOSPITAL GENERAL ACTOPAN

Nombre del/de la solicitante: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
CURP: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

#### Signos Vitales:

Tensión arterial: \_\_\_\_\_ mmHg Temperatura \_\_\_\_\_ °C  
Frecuencia cardiaca: \_\_\_\_\_ lpm Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
Frecuencia respiratoria: \_\_\_\_\_ pm Talla: \_\_\_\_\_ cm.  
Saturacion: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, manifiesto haber recibido información suficiente, clara, comprensible y veraz sobre los **métodos de planificación familiar** disponibles, tanto **temporales**, como **definitivos**.

Se me explicó, en apego a la **Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar**, lo siguiente: **Beneficios, riesgos, efectos secundarios y complicaciones** de cada método anticonceptivo, que la elección es **libre, voluntaria, confidencial y sin coacción**, y que puedo **cambiar o suspender** el método en cualquier momento. Que cuento con el derecho a recibir información completa, oportuna y de calidad sobre mi salud sexual y reproductiva.

Que mis **derechos sexuales y reproductivos** incluyen: decidir de manera libre, informada y responsable el número y espaciamiento de mis hijos. acceso a servicios de salud reproductiva de calidad, con respeto a mi dignidad. derecho a la privacidad, confidencialidad y la igualdad sin discriminación.

Declaro que comprendí la información proporcionada, que se me dio oportunidad de resolver mis dudas y que mi decisión es plenamente **informada y consciente**.

Autorizo \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ aplicación \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ siguiente \_\_\_\_\_ método anticonceptivo: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del personal de salud: \_\_\_\_\_

