



Gobierno de  
**México**

**IMSS BIENESTAR**  
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



Institución y Establecimiento	Hospital General de Actopan Carlos Mayorga N°. 55 Esq. Constitución Col. Chapultepec Actopan Hgo. CP 42500. CLUES: HGIMB000151
DOCUMENTO	Carta de Consentimiento Bajo información
Acto autorizado	ABORTO MEDICAMENTOSO

EN \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

HORA.

(Lugar y fecha)

1.- Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad y con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ manifiesto que es mi libre y voluntaria decisión sin presión alguna, autorizar al personal médico me sea otorgado el tratamiento médico para aborto.

2.- Se me ha informado que mi diagnóstico consiste en \_\_\_\_\_

3.- Se me ha explicado de manera clara en que consiste el tratamiento y se me ha permitido realizar preguntas para aclarar todas mis dudas.

4.- En forma voluntaria y previamente informada autorizo la administración de los siguientes medicamentos como tratamiento medicamentoso del aborto, el cual consiste en la toma de mifepristona 200 mgr dosis única y 24 posteriormente la toma de misoprostol tabletas de 200 Mcgr con una dosis de \_\_\_\_\_.

Se me ha informado que se pueden presentar algunos efectos adversos como: náuseas, vómito, fiebre, diarrea, dolor abdominal de intensidad leve a severo, así como sangrado transvaginal de cantidad variable, y en caso de presentar dolor abdominal severo o sangrado transvaginal abundante (uso de dos toallas nocturnas en una hora) deberé de acudir al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia de forma inmediata para valoración.

Así mismo en caso de persistir con sangrado transvaginal por más de una semana, fiebre y/o sangrado fétido, deberé acudir inmediatamente a revisión al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia, o bien en caso de no presentar ninguno de los datos previos a los 15 días debo de acudir con ultrasonido endovaginal para corroborar la expulsión completa de los restos ovulares.

Nombre y firma de la paciente \_\_\_\_\_

Nombre y firma del familiar responsable y/o tutor \_\_\_\_\_

Nombre y firma del testigo \_\_\_\_\_

Nombre, firma y cédula del médico tratante \_\_\_\_\_