



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



HOSPITAL GENERAL DE ACTOPAN

COORDINACION DE SALUD MATERNA Y PERINATAL

MANUAL DE APOYO PARA PROTOCOLO DE ILE

DRA ERLA ADRIANA DOMINGUEZ VERA

ENERO 2025

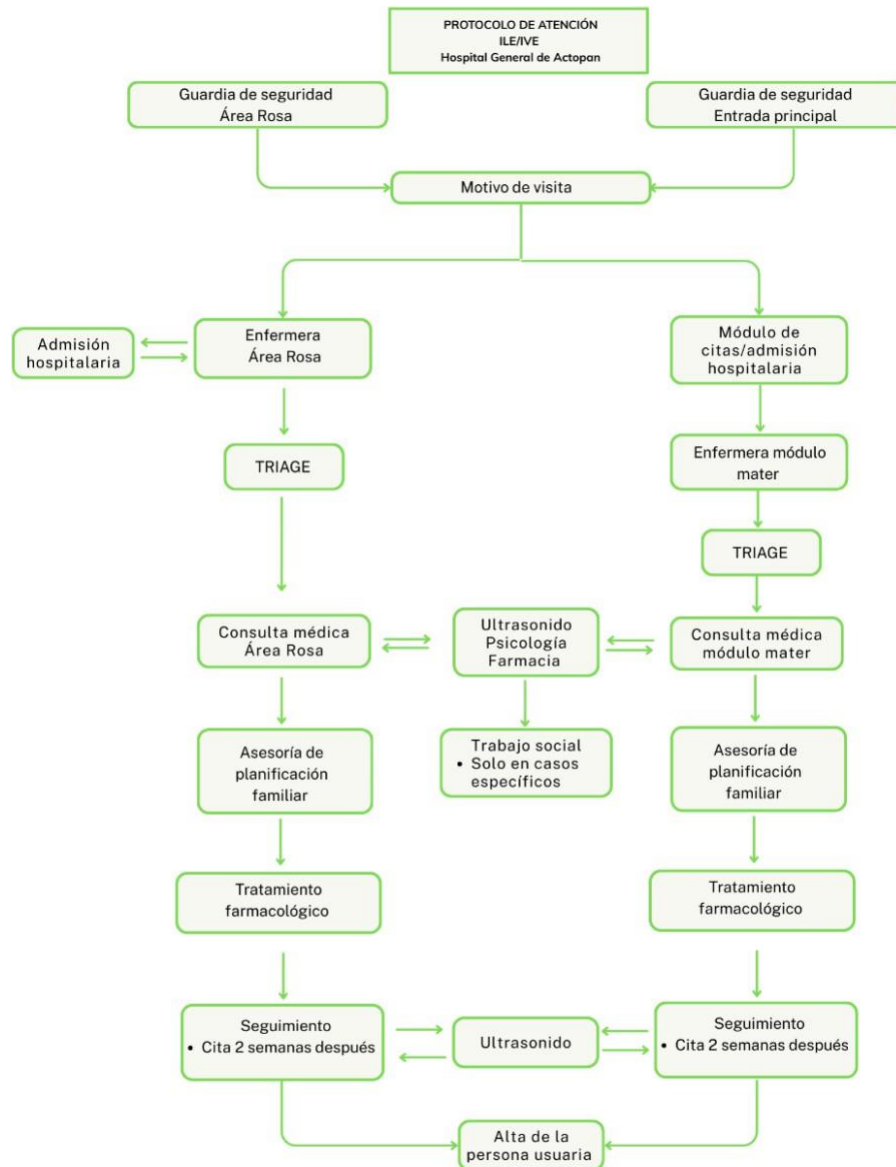


2025
Año de
**La Mujer
Indígena**

Carlos Mayorga No. 55 Col. Chapultepec, Municipio de Actopan Hgo., C.P. 42504 Tel. 01 (772) 72 7 34 82 admon.hactopan.ibh@outlook.com



FLUJOGRAMA DE ATENCION A LAS USUARIAS



Fuente: Elaboración propia





A continuación, se muestra un ejemplo de los documentos necesarios para el expediente de las pacientes.

1. Nota medica completa, incluyendo numero de embarazo, fecha de nacimiento de la paciente, semanas de gestación, ocupación, domicilio completo, APEO

*RECORDAR EL DX EN SIGHO CLAVE: 0049 ABORTO MEDICO COMPLETO O NO ESPECIFICADO, SIN COMPLICACION

HOSPITAL GENERAL ACTOPAN
LICENCIA SANITARIA 1003000004
CLUES H053A000156

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
LICENCIA SANITARIA 1003000004
CLUES H053A000156

SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CONSULTA URGENCIAS MODULO MATER

11/SEPTIEMBRE/2023 10:00 HRS.
BLANCA ITZEL CASTRO RODRIGUEZ
FEMENINA 36 AÑOS
SE TRATA DE PACIENTE FEMENINO DE 36 AÑOS DE EDAD LA CUAL ACUDE A SOLICITAR ILE
S: REFIERE AMENORREA SECUNDARIA A EMBARAZO POR LO QUE HACE 5 DIAS REALIZA RPRUEBA CASERA CA
EMBARAZO CON RESULTADOS "POSITIVO"
VACUNA COVID, CUENTA CON ESQUEMA DE VACUNACION COVID Y REFUERZO
APNP: RESIDENTE DE EL MIPO DE SANTIAGO DE ANAYA, ESTADO CIVIL: CASADA OCUPACION: AMA D ECASA
ESCOLARIDAD: LIC TURISMO
AMF: DM Y CA ESTOMAGO ABUELA MATERNA FINADO, HTA PADRE FINADO, RESTO INTERREGADOS Y
NEGADOS, MADRE CON ARTRITIS
APP: CRONICOGENERATIVAS REFIERE ARTRITIS REUMATOIDE DESDE HACE 4 AÑOS EN MANEJO CON
ANALGESICO, QUIRURGICOS POSITIVO APENDICECTOMIA A LOS 6 AÑOS, TRAUMATOLOGICOS NEGADOS,
TRANSFUSIONALES SNEGADOS, TABAQUISMO NUNCA Y ALCOHOLISMO DESDE LOS 21 AÑOS OCASIONAL
ALERGIAS NEGADAS
AGO: MENARCA 18 AÑOS, RITMICO X 5 DIAS, EUMENORREICA, IVSA 20 AÑOS, 6 PAREJA SEXUALES, MPF
PRESERVATIVO, DIU E IMPLANTE, COITO INTERUMPIDO, DOC NOVIEMBRE 2022 G 3 P2 A0 C0 FUM
21/07/2023 FPP 28/04/2024 6.3 SDG POR FUM
SV: TIA: 100/70 FC: 73 X MIN, FR: 20 X', TEMP 36 °C, SPO2 97 % P: 60 KG TALLA 1.70 MTS.
EF: CONCIENTE, TRANQUILA, ORIENTADA EN 3 ESFERAS, NORMOCEFALA, MUCOSAS HIDRATAS, TEGUMENTOS
DE BUENA COLORACION, CUELLO CILINDRICO SIN MEGALIAS, TÓRAX SIMÉTRICO CON MOVIMIENTOS DE
AMPLEXACIÓN Y AMPLEXIÓN NORMALES, ABDOMEN PLANO BNLANDO DEPRESIBLE SIN DATOS D EIP, TACTO
VAGINAL DIFERIDO, MSPS SIN EDEMA
A: PACIENTE FEMENINO DE TERCERA DECADA D ELA VIDA LA CUAL CURSA CON AMENORREA DE 6.3
SEMANAS, SE SOLICITA PIE Y USG PELVICO, PARA CORROBORRAR EDAD GESTACIONAL Y CONTINUAR CON
PROCESO D EILE
IDx: ILE

**NOMBRE, FIRMA Y CEDULA
DEL MEDICO QUE REALIZO
EL PROTOCOLO**

realizó atención médica
y entendí indicaciones
Castro Rodríguez Blanca Itzel

NOTA AGREGADA
12:30 HRS
SE RECIBE REPORTE DE USG EMBARZO DE 9.2 SDG POR SACO GESTACIONAL, REACCION CORIDECIDUAL
NORMAL, AMNIOS ACORDE, PIE "POSITIVO, SE COMENTA CON GYO (DR AYON) EL CUAL INDICA DAR MANEJO
AMBULATORIO, SE COMENTA CON PACIENTE LA CUAL ESTA DE ACUERDO, POR O QUE SE COLOCA 400CMG
MISOPROSTOL VIA VAGINAL DU Y 400CMG MISOPROSTOL SUBLINGUAL
IDx: ILE
PLAN: SE CITA EN 15B DIAS CON USG DE CONTROL
CITA ABIERTA A URGENCIAS
APEO: IMPLANTE
PRONOSTICO RESERVADO

**NO OLVIDAR
FIRMAR SU NOTA
MEDICA**

Calle Carlos Mayorga No. 55, Col. Chapultepec; Actopan, Hgo; C.P. 42504
Tel. Conmutador (772) 727-17-96, Directo (772) 727-21-73
hactopan_2nivel@yahoo.com.mx





2. SOLICITUD A MANO POR LA USUARIA: "SOLICITUD DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO"

de interrupción legal de embarazo.

Actopan Hgo. A. del mes de septiembre del año 2023.

Yo Blanca Huel Castro Rodríguez de 36 años de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, acudo al Hospital General de Actopan por voluntad propia, solicitando la interrupción legal de mi embarazo que actualmente curso con 9.2 semanas de gestación, ejerciendo mis derechos de conformidad a lo publicado en el decreto N° 728 vigente en el estado de Hidalgo.

Así mismo confirmo que he recibido la información completa, clara y sencilla sobre los procedimientos médicos y/o quirúrgicos para la interrupción legal del embarazo, no teniendo duda alguna, se me ha informado sobre los efectos secundarios y riesgos de ambos procedimientos, por lo que acepto el siguiente procedimiento: 800 microgramos misoprostol

En estos momentos he recibido orientación sobre uso de método de planificación familiar y acepto/no acepto el siguiente método: implante

Firma del solicitante: [Firma] Castro Rodríguez Blanca Huel.

Firma del testigo: [Firma]





3. CONCENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

HOSPITAL GENERAL ACTOPAN
LICENCIA SANITARIA 1003000004
CLUES HGSSA000156

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

Institución y Establecimiento	Hospital General de Actopan Carlos Mayorga No 55 Esq. Constitución Col. Chapultepec. Actopan Hgo. CP 42500. Lic Sanitaria 1003000004
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	ABORTO MEDICAMENTOSO

En Actopan Hidalgo 11 de septiembre de 2023
HORA: _____
(Lugar y fecha)
1.- Yo Blanca Huel Castro Rodríguez de 36 años de edad y con fecha de nacimiento 25/06/1987 manifiesta 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 embarazo de 9-12 semanas por ultrasonido.

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 horas posteriormente la toma de misoprostol tabletas de 200 Mcgr con una dosis de 800 microgramos: misoprostol.

Se me ha informado que se pueden presentar algunos efectos adversos como: náusea, 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) deberá acudir al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia de forma inmediata para revaloración.

Así mismo en caso de persistir con sangrado transvaginal por más de una semana, fiebre y/o sangrado fétido, deberá 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 acudir con ultrasonido endovaginal para corroborar la expulsión completa de los restos ovulares.

Nombre y firma de la paciente Castro Rodríguez Blanca Huel

Nombre y firma del familiar responsable y/o tutor José Manuel Hernández

Nombre y firma del testigo Ent. Edith Hernández S 5/37 77

Nombre, firma y cédula del médico tratante Dra. Susana Quera Torres
2814290





4. VALORACIÓN POR PSICOLOGIA

LLENADO COMPLETO DEL FORMATO





HOSPITAL GENERAL ACTOPAN

Consulta

PACIENTE: RODRIGUEZ BLANCA ITZEL	No. Expediente:	Edad: 36a	Sexo: Femenino
Fecha de Impresión: Lunes, 11 Septiembre, 2023 11:24	Fecha de Impresión: Lunes, 11 Septiembre, 2023 11:21 am		
Área: Consulta Externa Psicología	Lugar de Nacimiento: HIDALGO	Lugar de Residencia: Santiago de Anaya	
Ocupación: AMA DE CASA	Religión: CATOLICA		
Teléfono:			

Consulta:
Sebo intervención con el fin de dar cumplimiento a los protocolos de atención a las usuarias solicitantes de Aborto

Antecedentes:
Blanca Itzel mujer de 36 años de edad, quien al momento de la intervención se encuentra ubicada en esferas tiempo, espacio y persona, con apariencia acorde a edad y sexo, en condiciones adecuadas de higiene, de selectiva adecuada al contacto visual con la terapeuta, la actividad psicomotriz motora funcional, de aspecto activo, ambiente claro, sensoperceptible de memoria retrograda y anterograda sin alteraciones, no refiere patologías crónicas de apoyo consistente, hasta este momento no refiere ideación suicida, consiente de su padecimiento actual, presente estable para la intervención.
Se aplicó a cabo aplicación de Cédula de detección de violencia con resultado NEGATIVO.
Se realizó detección en expediente, en cumplimiento a protocolos.
Terapéutico/Resultados Esperados:
Se garantiza a este servicio a solicitud de la usuaria.

EXAMEN FÍSICO:
Peso (Kg)= 83
Talla (Altura) Cm. = 171
I.M.C. (Kg / Altura*2)= 28.3848

IMPRESION DIAGNÓSTICA:
Aborto médico completo o no especificado, sin complicación

Dra. MILCA GUZMÁN VIEJO
Ced. Prof. 6887795

Page 1 of 1





Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



5. CEDULA DE VIOLENCIA, ÉSTA GENERALMENTE LA APLICA LA PSICOLOGA SIN EMBARGO, EN LOS TURNOS DONDE NO SE CUENTE CON EL SERVICIO, EL MEDICO TRATANTE DEBERA APLICAR LA CEDULA DE VIOLENCIA

SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL ACTOPAN
CARLOS MAYORGA NO. 55 ESQ. CONSTITUCIÓN COL. CHAPULTEPEC, ACTOPAN, HGO. C.P. 42500
NÚMERO DE LICENCIA SANITARIA 1003000004
SERVICIO DE PSICOLOGÍA
NOM 046 - SSAH2 - 2005

CÉDULA DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA

HORA: 11 Septiembre 23 11:00h.
PACIENTE COMPLETO: Blanca Huel Castro Barrios EDAD: 36 F. NAC.: 25 Jun 1987
SERVICIO: Ginecología NÚMERO DE EXPEDIENTE: 817 CAMA: 570

SECCIÓN 1: VIOLENCIA PSICOLÓGICA [V.P.]

¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SU PAREJA O ALGUIEN ANTE USTED:

CONTROLA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO,	SI ¿QUIEN LO HIZO?	<input checked="" type="checkbox"/>
VIDAS Y DINERO?	SI ¿QUIEN LO HIZO?	<input checked="" type="checkbox"/>
¿HAN MENOSPRECIADO O HUMILLADO?	SI ¿QUIEN LO HIZO?	<input checked="" type="checkbox"/>
¿HAN AMENAZADO CON GOLPEARLA O USAR CONTRA USTED ALGUNA NAVAJA, CUCHILLO, MACHETE O ARMA DE FUEGO?	SI ¿QUIEN LO HIZO?	<input checked="" type="checkbox"/>

SE SOSPECHA
ANOTE INDICADORES DE SOSPECHA:

SECCIÓN 2: VIOLENCIA FÍSICA [V.F.]

¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SU PAREJA O ALGUIEN ANTE USTED:

¿LA HA GOLPEADO PROVOCÁNDOLE MORETONES, FRACTURA U OTRAS LESIONES?	SI ¿QUIEN LO HIZO?	<input checked="" type="checkbox"/>
¿LA HA TRATADO DE AHORCAR?	SI ¿QUIEN LO HIZO?	<input checked="" type="checkbox"/>
¿LA HA AGREDIDO CON ALGÚN OBJETO, NAVAJA, CUCHILLO, MACHETE O ARMA DE FUEGO?	SI ¿QUIEN LO HIZO?	<input checked="" type="checkbox"/>

SE SOSPECHA
ANOTE INDICADORES DE SOSPECHA:

SECCIÓN 3: VIOLENCIA SEXUAL [V.S.]

¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SU PAREJA O ALGUIEN ANTE USTED:

¿LA HA FORZADO A TOCAMIENTOS O MANOSEOS SEXUALES EN CONTRA DE SU VOLUNTAD?	SI ¿QUIEN LO HIZO?	<input checked="" type="checkbox"/>
¿LA HA FORZADO A TENER RELACIONES SEXUALES EN CONTRA DE SU VOLUNTAD CON VIOLENCIA?	SI ¿QUIEN LO HIZO?	<input checked="" type="checkbox"/>
¿LA HAN FORZADO A MANTENER RELACIONES SEXUALES EN CONTRA DE SU VOLUNTAD Y RESULTO EMBARAZADA?	SI ¿QUIEN LO HIZO?	<input checked="" type="checkbox"/>

SE SOSPECHA
ANOTE INDICADORES DE SOSPECHA:

SECCIÓN 4: VIOLENCIA ECONÓMICA/ABANDONO [V.E.Y.A.]

¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SU PAREJA O ALGUIEN ANTE USTED:

¿LE HA NEGADO SUSTENTO ECONÓMICO PARA SU ALIMENTACIÓN O LA MANUTENCIÓN DE SUS HIJOS?	SI ¿QUIEN LO HIZO?	<input checked="" type="checkbox"/>
¿HA HECHO CASO OMISO AL CUIDADO DE SU SALUD CUANDO SE ENCUENTRA ENFERMA, O SUS HIJOS SE ENCUENTRAN ENFERMOS?	SI ¿QUIEN LO HIZO?	<input checked="" type="checkbox"/>
¿LA HA IGNORADO CUANDO QUIERE COMENTARLE ALGÚN PROBLEMA PERSONAL?	SI ¿QUIEN LO HIZO?	<input checked="" type="checkbox"/>

SE SOSPECHA
ANOTE INDICADORES DE SOSPECHA:

OBSERVACIONES: SE DETECTA [V.P.] [V.F.] [V.S.] [V.E.Y.A.] PACIENTE NIEGA INDICADORES DE RIESGO []

La usuaria no refiere violencia.

Nombre o firma del paciente: Blanca Huel Castro Barrios
PSICÓLOGO: Dra. Milva Guzmán Vazco



2025
Año de
La Mujer Indígena




Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



6. LOS DATOS DE ALARMA SE EXPLICAN Y FIRMAN POR LA PACIENTE Y UNA COPIA SE DEJA EN EL EXPEDIENTE Y LA OTRA SE ENTREGA A LA USUARIA

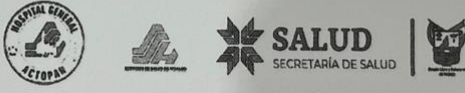


SECRETARIA DE SALUD DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL ACTOPAN
CLINICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Si presenta cualquiera de los siguientes síntomas, acude inmediatamente al hospital:

- Dolor abdominal severo que no se calma con medicamentos.
- Sangrado vaginal intenso; moja más de 2 toallas nocturnas por hora durante dos horas seguidas.
- Sangrado intenso que vuelve a aparecer de repente después de habere detenido, y/o sangrado con mal olor.
- Fiebre por arriba de 38° C por más de 6 horas
- Debilidad acompañada de pulso rápido, mareos, somnolencia
- Más de 6 horas con vomito, diarrea, mareos, nauseas

Nombre : _____ Firma: _____



SECRETARIA DE SALUD DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL ACTOPAN
CLINICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Si presenta cualquiera de los siguientes síntomas, acude inmediatamente al hospital:

- Dolor abdominal severo que no se calma con medicamentos.
- Sangrado vaginal intenso; moja más de 2 toallas nocturnas por hora durante dos horas seguidas.
- Sangrado intenso que vuelve a aparecer de repente después de habere detenido, y/o sangrado con mal olor.
- Fiebre por arriba de 38° C por más de 6 horas
- Debilidad acompañada de pulso rápido, mareos, somnolencia
- Más de 6 horas con vomito, diarrea, mareos, nauseas

Nombre : _____ Firma: _____



2025
Año de
La Mujer
Indígena



7. ESTUDIOS DE IMAGEN O LABORATORIO

SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL ACTOPAN
CARLOS MAYORGA No. 55 ESQ. CONSTITUCION COL. CHAPULTEPEC, ACTOPAN, HGO. C.P. 42500 LIC. SANITARIA 1003000004

ULTRASONIDO

Castro Rodríguez Blanca Itzel 36 años
Actopan, Hgo. 11 Septiembre 2023

**DRA TERESA AVILES HERNANDEZ
PRESENTE
ESTUDIO OBSTETRICO**
Dx Presuncional:.....Trigesta añosa de 36° C/Embarazo de 7 sdg P/FUM, Clx igual.

FUM: 21 de Julio 2023.

Se realiza Ultrasonido **OBSTETRICO** Via **Abdominal** con Equipo Digital multifrecuencia en Tiempo Real, con Transductor **Convexo** de 3.5 mHz, realizándose trazos multidireccionales, observándose lo siguiente.

UTERO
En antevisión de bordes regulares y paredes bien definidos, de 117x66x71 mm de diámetros convencionales con un vol. de 285.4 c.c.
Observándose en su interior ó luz Endometrial, la presencia de una imagen Anecoica de 48 mm de diámetro, compatible con Saco Gestacional.
Que en su interior, se observa con una imagen informe Ecogenica, de 21 mm de Longitudinal Cefalocaudal, compatible con Producto, único, sin movimientos corporales espontáneos, pero, con frecuencia Cardiaca Fetal de 155 lpm, rítmicos al inicio y final del rastreo.
Este se observa rodeado de una imagen lineal altamente ecogenica, compatible con:

REACCION DECIDUAL
Observándose acorde con la Edad Gestacional.

AMNIOS
Acorde en cantidad con la Edad Gestacional.

CERVIX
Aparentemente cerrado al momento del rastreo.

Conclusión Ecosonográfica:

1. Embarazo IU de 9s 2d dg P/SG y LCC, 7 sdg P/FUM tipo I, PUVIU sin movimientos corporales espontáneos durante el rastreo, pero, con FCF:155 lpm, rítmicos.
2. Reacción Coriodesidual adecuado para la Edad Gestacional.
3. Amnios acorde en cantidad con la Edad Gestacional.

A T E N T A M E N T E

Dr. Medina Aparicio José.
Médico Ultrasonografista
Cédula Prof. 1451618

8. RECETA MEDICA





Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



RECETA

Curp: LOCA960704MHGPY08
Paciente: LOPEZ CERON AYLIN JAZMIN
Edad: 24a SEXO: Femenino

HOSPITAL GENERAL ACTOPAN
Fecha: Martes, 29 Agosto, 2023

Prescripción:
1 PARACETAMOL TABLETA 500 MG Caja con 10 tabletas
Concentración: Paracetamol, Tableta, cada tableta contiene: paracetamol 500 mg
Tomar 1 cada 6 hrs durante 2 días. H64
1 Misoprostol 200 Mcg, Tableta Envase con 28 tabletas.
Concentración: Misoprostol 200 Mcg, Tableta
Tomar 4 TAB JUNTAS CADA 4HRS 2 DOSIS H64

MEDICAMENTOS
8 TAB

INDICACIONES
CITA ABIERTA A URGENCIAS EN CASO DE SANGRADO ABUNDANTE (6 TOALLAS EMPADAS EN 1HRS)
CITA EN 15 DIAS A MODULO MATER CON USG DE CONTROL

Dr. SUSANA OLIVERA TORRES
MEDICO GENERAL
CURP: OETS720728MHGLRS09
DIRECCIÓN: CARLOS MAYORGA NO. 55, ESQ. CONSTITUCION, COL. CHAPULTEPEC, ACTOPAN, HIDALGO, CP. 42500

Ced. Prof: 2819290
Universidad: UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HII
Servicio: URGENCIAS

Medico 8 tabletas
Somel Garcia Montoya

SI CALIDAD
SURTIDO

POR EJEMPLO: MISOPROSTOL 200MCG, CANTIDAD: 1, DOSIS: 4 TAB JUNTAS, FRECUENCIA: CADA 12HRS, DURACION 1 DIA, OBSERVACIONES: SURTIR 8 TAB

MAS UN ANALGESICO, DE PREFERENCIA PARACETAMOL.

ESTO CON LA FINALIDAD DE JUSTIFICAR EL USO DEL MEDICAMENTO

****RECORDAR QUE SE OTORGAN DOS DOSIS DE 4 TABLETAS DE MISOPROSTOL JUNTAS (800 MCG) CON INTERVALO DE 4 HRS CADA DOSIS.**

FINALMENTE SE OTORGA METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR, EL CUAL SE COLOCA EN ESTE MISMO MOMENTO, IMPLANTES SUBDERMICO DE 3 O 5 AÑOS DE VIGENCIA

Y SE SOLICITA ACUDIR A LOS 15 DIAS DE REALIZADO EL PROCEDIMIENTO PARA REVALORACION O ANTES EN CASO DE ALGUN DATO DE ALARMA.



2025
Año de
La Mujer Indígena

Carlos Mayorga No. 55 Col. Chapultepec, Municipio de Actopan Hgo., C.P. 42504 Tel. 01 (772) 72 7 34 82 admon.hactopan.ibh@outlook.com





Gobierno de
México




IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



9. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

 **Gobierno de México**  **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

HOSPITAL GENERAL ACTOPAN

Nombre del/de la solicitante: _____ Edad _____
CURP: _____ Fecha _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Domicilio: _____
Diagnóstico _____ Teléfono _____

Signos Vitales:

Tensión arterial: _____ mmHg Temperatura _____ °C
Frecuencia cardíaca: _____ lpm Peso: _____ Kg.
Frecuencia respiratoria: _____ pm Talla: _____ cm.
Saturación: _____

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: _____

 **2025**
Año de
La Mujer
Indígena

Carlos Mayorga No. 55 Col. Chapultepec, Municipio de Actopan Hgo., C.P. 42504 Tel. 01 (772) 72 7 34 82 admon.hactopan.ibh@outlook.com



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Carlos Mayorga No. 55 Col. Chapultepec, Municipio de Actopan Hgo., C.P. 42504 Tel. 01 (772) 72 7 34 82 admon.hactopan.ibh@outlook.com