



PROGRAMA DE VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y/O GENERO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO PROFILÁCTICO EN MUJERES EN SITUACION DE ABUSO SEXUAL (T742).**

Yo \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales autorizo la administración de medicamentos profilácticos: antirretroviral con el propósito de limitar el riesgo de adquirir VIH SIDA por el contacto sexual, antibióticos (ceftriaxona, metronidazol y azitromicina) para la prevención de infecciones de transmisión sexual, y anticoncepción de emergencia (levonogestrel y/o anticonceptivo hormonal combinado) para evitar embarazo producto de violación.

Se me informo que antes de recibir el tratamiento se realizara exploración física ginecológica y de ser necesario estudios específicos para conocer la situación medica actual (ultrasonido. Muestras de sangre, Rayos X, prueba de embarazo entre otros) los medicamentos pueden presentar algunos efectos adversos, como nausea, vómito, dolor de cabeza, sensación de cansancio, diarrea, entre otros, cabe mencionar que no siempre se presentan los efectos secundarios para cada caso en específico son diferentes. Se me explicó que dicho tratamiento es el que está indicado en la [NOM-046-SSA2-2005, Violencia Familiar, Sexual Y Contra Las Mujeres, Criterios Para La Prevención Y Atención.](#)

Manifiesto que es mi libre decisión y voluntaria sin presión alguna autorizar me sea otorgado el tratamiento médico antes mencionado, se me ha explicado de manera clara en que consiste, permitiéndome realizar preguntas para aclarar dudas que me han surgido.

Actopan Hidalgo, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma de la paciente y/o tutor (a)**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Y Firma Testigo (a) 1**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Y Firma Testigo (a) 2**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, Cedula Y Firma Del Medico (a)**