

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO OTB

Datos del Paciente

Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Actopan, Hgo. Fecha: _____
CURP: _____ F. NAC: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OTB

1.- YO, _____ SOLICITA Y AUTORIZA AL PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD IMSS BIENESTAR, PARA QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO DE OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL.

1.- EXISTEN OTROS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES QUE PUEDO UTILIZAR PARA PLANIFICAR MI FAMILIA.

2.- LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL, ES UN PROCEDIMIENTO QUE SE REALIZA DE MANERA DEFINITIVA A TODA MUJER; SUS DETALLES, VENTAJAS Y RIESGOS ME HAN SIDO EXPLICADOS AMPLIAMENTE.

3.- LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL, ES UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO DEFINITIVO, TAMBIÉN SE ME HA EXPLICADO QUE EL PROCEDIMIENTO PUEDE FALLAR EN RARAS OCASIONES, POR CAUSAS NO ATRIBUIBLES AL PERSONAL MÉDICO.

4.- PUEDO DESISTIR DEL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, ANTES DE QUE SE ME REALICE LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL Y COMO RESULTADO DE ELLO, NO SE ME NEGARÁN SERVICIOS MÉDICOS DE SALUD NI OTROS BENEFICIOS.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DE UN FAMILIAR

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO