

Nombre de la Institución o Denominación Social del Establecimiento.

---

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN  
PARA PROCEDIMIENTO DE SALPINGOCLASIA**

**Lugar y Fecha** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Expediente: \_\_\_\_\_, edad \_\_\_\_\_

Identificado con: \_\_\_\_\_

Nombre del Familiar Responsable: \_\_\_\_\_

Identificado con: \_\_\_\_\_

Representante Legal: \_\_\_\_\_

Identificado con: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente manifiesto mi voluntad para someterme al Procedimiento de la oclusión tubaria bilateral (Salpingoclasia) sin que haya mediado violencia o coacción física o moral para hacerlo, después de haber sido informada de que se trata de un método anticonceptivo permanente, y ya no podré tener más hijos, así como las posibles complicaciones y riesgos de la oclusión tubaria bilateral (Salpingoclasia).

He tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, las cuales me han sido explicadas a mi entera satisfacción; por lo tanto autorizo a los médicos, para que realicen la intervención quirúrgica; así como, para atender las contingencias y/o urgencias, que se presenten, lo anterior con fundamento en los Artículos 67 y 68 Fracción I y II de la Ley General de Salud, Artículo 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de los Servicios de Atención Médica, así como la Norma Oficial Mexicana NOM – 005 – SSA1 – 1993 de los Servicios de Planificación Familiar.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Médico Tratante**  
Quien se Identifica con:

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Familiar Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Médico Tratante**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Testigo**  
Quien se Identifica con:

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Testigo**  
Quien se Identifica con:

**Nota: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente.**