

Nombre de la Institución o Denominación Social del Establecimiento.

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

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 Vasectomía sin que haya mediado violencia o coacción física o moral para hacerlo, después de haber sido informado de que se trata de un método anticonceptivo permanente, y ya no podré tener más hijos, así como las posibles complicaciones y riesgos del Procedimiento de Vasectomía.

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, como la Norma Oficial Mexicana NOM – 005 – SSA1 – 1993 de los 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.