



CONSENTIMIENTO DE LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO

Yo,, con DNImayor y capaz, requiero formalmente la realización de la práctica denominada **“LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO”** en los términos del artículo 2° de la Ley Nacional N° 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica. A los fines referidos declaro expresamente:

1. Que he sido informada en un lenguaje claro y sencillo sobre la naturaleza e implicancias de la intervención de ligadura de trompas sobre la salud, las características del procedimiento quirúrgico, sus riesgos y consecuencias. Específicamente declaro entender que se trata de un procedimiento prácticamente irreversible.
2. Que he sido informada sobre la alternativa de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos autorizados.
3. Que he entendido la información que se me ha dado.
4. Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente.
5. Que, conforme lo explicado, puedo revocar este consentimiento antes de la intervención.

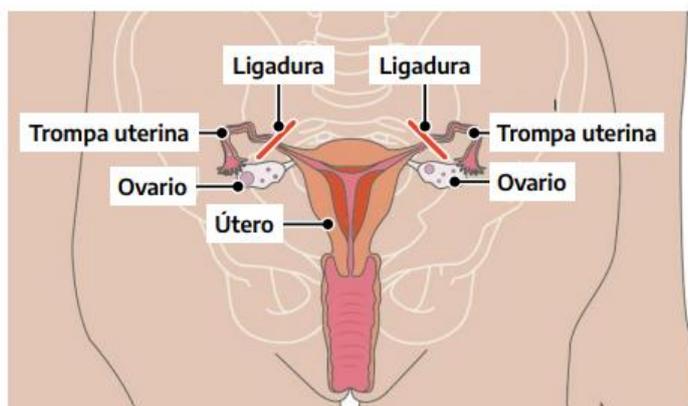
Autorizo al Dr/a.a realizar la intervención que consiento en la presente.

Firma de la paciente

Aclaración

Firma del médico

Aclaración



Las marcas rojas en la imagen muestran el lugar donde se hace la ligadura.

REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha/...../..... a las horas, yo, revoco/rechazo el presente consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. documento

Firma y sello del Médico