



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA

MAR DEL PLATA, de de -

Señores
Servicio Universitario Médico Asistencial
S / D

Me dirijo a Ustedes a fin de presentar la siguiente petición; a los efectos declaro:

Quien suscribe documento tipo
y Nº: con domicilio real en: calle Nº
piso dto. ciudad partido provincia

Estudios cursados:

SOLICITO EL PROCEDIMIENTO DE ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA:

LIGADURA DE TROMPAS

VASECTOMÍA

A los fines requeridos declaro libremente:

- 1) Que tengo conocimiento de la existencia de otros métodos anticonceptivos, temporales o provisorios que me han sido informados previamente, en los cuales el retorno de la fertilidad se logra a corto plazo.
- 2) Que mi solicitud se motiva en la dificultad e impedimento para la utilización de dichos métodos anticonceptivos, por razones de contraindicaciones, aceptabilidad, adherencia, efectividad, efectos secundarios y/o modo de uso, como así también en motivaciones surgidas de variables de índole psicosocial.
- 3) Que el procedimiento requerido es quirúrgico y existen distintas técnicas de la oclusión y vías de abordaje. El profesional me ha explicado los detalles del mismo, sus consecuencias orgánicas y la disponibilidad actual.
- 4) Que acepto someterme a los exámenes previos que el equipo profesional solicite antes del procedimiento, que me han sido informados.
- 5) Que tengo conocimiento que dicha intervención quirúrgica implica los riesgos naturales de toda operación (complicaciones intra y/o postoperatorias), que me han sido explicadas.
- 6) Que ya tengo conocimiento que si la intervención quirúrgica tiene éxito, la posibilidad de que pueda concebir otros hijos, sólo será a través de técnicas complejas, en centros altamente especializados y con relativa posibilidad de éxito, dependiendo del tiempo transcurrido desde la oclusión, de la técnica empleada, de mi fertilidad y de mi salud personal. Tengo presente que la reconstrucción anatómica por sí sola no garantiza éxito y que la Obra social no está obligada, bajo ningún concepto a realizarme una recanalización, ni brindarme servicios de fertilidad asistida.
- 7) Que esta petición es el resultado de una reflexión prolongada y que renuncio a formular reclamo alguno, para el caso de resultar irreversible la posibilidad de concebir otros hijos.
- 8) Que he solicitado someterme a la intervención quirúrgica por mi propia voluntad, sin coacción ni alicientes, y se que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y decidir no someterme al procedimiento hasta el instante ante de ser llevado a cabo.
- 9) Que tengo informado que la recanalización espontánea se produce en algunos casos según consta en la literatura médica. Que la tasa de falla esperable es 0,1 a 0,5 embarazos en 100 usuarios en el primer año, según el procedimiento practicado.
- 10) Que el médico actuante ofrecerá la vía de abordaje y tipo de técnica para realizar la oclusión, dependiendo de la capacidad del centro prestador y su capacidad de resolución.
- 11) Que el anestésista evaluará para cada caso en particular el protocolo anestésico correspondiente.
- 12) Que en prueba de conformidad con lo expuesto, suscribo el presente documento en
a los días del mes de de -

.....
Apellido y Nombre

.....
Tipo y Nº de documento

.....
Firma

.....
Apellido y Nombre del profesional

.....
Tipo y Nº de documento

.....
Firma y Sello