

Anexo N°7

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

Yo _____ de _____ años
(Nombre completo del o la solicitante)

RUT: _____, he solicitado libre y voluntariamente a los médicos del Hospital _____ me realicen una esterilización quirúrgica como método irreversible para evitar el embarazo.

Dejo constancia que me han informado y explicado en qué consiste la esterilización quirúrgica, cómo se realiza, cuáles son sus beneficios, sus riesgos más frecuentes y los que pudieran afectarme por mi condición personal de salud. He informado a los profesionales todos mis antecedentes médicos. Mis consultas y dudas han sido respondidas a mi plena satisfacción quedándome claro que:

- Existen otros métodos que puedo usar temporalmente para planificar mi familia como los métodos hormonales orales (píldoras), inyectables e implantes subdérmicos, DIU (Dispositivos intra uterinos), métodos de barrera (condones y otros), abstinencia periódica y otros.
- La esterilización es una intervención quirúrgica y como tal tiene posibles riesgos y complicaciones debidos a la intervención misma y a la anestesia que se utiliza.
- Es un método definitivo (irreversible). En el caso de la esterilización quirúrgica femenina existe la posibilidad, de un 0.5% de que la operación falle y me embarace.
- Puedo cambiar de opinión y desistirme en cualquier momento, hasta en el pabellón quirúrgico previo a la anestesia y, decir que no se efectúe el procedimiento y la institución no me negará ningún tipo de atención médica cuando lo necesite.

Finalmente, mi decisión tomada libre, informada y consciente es:

- ☐ Sí autorizo la Esterilización Quirúrgica
☐ No autorizo la Esterilización Quirúrgica

Nota: Marque con una cruz en el casillero de su elección.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma Solicitante

Nombre, fecha y firma del Profesional responsable de la consejería

Nota:

Si la persona no sabe leer, el o la proveedor/a de servicio será encargado/a de leer las observaciones anteriores.