



Consentimiento informado

El presente formulario tiene el objetivo de poner en conocimiento al/a la Afiliado/a, el marco en el cual se llevará a cabo la práctica quirúrgica anticonceptiva bajo consentimiento informado.

El/la Afiliado/a solicitante manifiesta:

- 1º) Que tiene conocimiento de la existencia de otros métodos anticonceptivos temporales provisionales que le han sido informados previamente, en los cuales el retorno de fertilidad se logra a corto plazo.
- 2º) Que el procedimiento requerido es quirúrgico y existen distintas técnicas de oclusión y vías de abordaje. Asimismo, el/la profesional.....(nombre y apellido del/de la profesional), le ha explicado los detalles del mismo, sus consecuencias orgánicas y la disponibilidad actual.
- 3º) Que acepta someterse a los exámenes previos que el equipo profesional solicite antes del procedimiento que le han sido informados.
- 4º) Que tiene conocimiento de que dicha intervención quirúrgica implica los riesgos naturales de toda operación (complicaciones intra y/o postoperatorias) que le han sido explicitadas.
- 5º) Que posee conocimiento de que teniendo éxito la intervención quirúrgica, la posibilidad de que pueda concebir otros/as hijos/as, 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 su fertilidad y de su salud personal. Asimismo, tiene presente que la reconstrucción anatómica por sí sola no garantiza el éxito y que la Obra Social no está obligada, bajo ningún concepto a realizarle una recanalización.
- 6º) Que esta petición es el resultado de una reflexión prolongada y que renuncia a formular reclamo alguno, para el caso de resultar irreversible la posibilidad de concebir otros/as hijos/as.
- 7º) Que ha solicitado someterse a la intervención quirúrgica por su propia voluntad, sin coacción ni alicientes y que puede cambiar de opinión en cualquier momento y decidir no someterse al procedimiento hasta el instante antes de ser llevado a cabo.
- 8º) Que posee conocimiento de que la recanalización espontánea se produce en algunos casos según consta en la literatura médica. Asimismo que la tasa de falla esperables es de 0,1 a 0,5 embarazos en 100 usuarios en el primer año, según procedimiento practicado.
- 9º) Que el/la profesional 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.
- 10º) Que el/la anestesiólogo/a evaluará para cada caso en particular el protocolo anestésico correspondiente.
- 11º) Que en prueba de conformidad con lo expuesto, suscribe y completa el presente formulario.

A tal propósito, el/la Afiliado/a solicitante declara haber sido informado/a y haber comprendido todas las consideraciones del presente formulario.

Datos del/de la afiliado/a

Apellido y nombre completo:

DNI: Fecha de nac.: edad:

Domicilio: calle: n°: orientación: piso: manzana:

localidad: departamento:

celular: e-mail:

Procedimiento quirúrgico anticonceptivo

Ligadura de trompas Vasectomía