**SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO DE LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO**

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

DOMICILIO COMPLETO:

Edad:

Fecha de nacimiento

Mayor y capaz, requiero formalmente la realización de la práctica denominada "Ligadura de Trompas de Falopio en los términos del artículo 2º la Ley Nacional N° 26130.

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, la imposibilidad de reversión, sus riesgos y consecuencias.

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 en cualquier momento antes de la intervención.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento a los ........ días del mes de…..... del año……….

FIRMA Y ACLARACIÓN

FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE del procedimiento de consentimiento informado

MN:

SELLO:

• El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la historia clínica (art. 4° in fine Ley 26130) y la copia se entrega a la interesada.