

SERVICIOS DE SALUD DE YUCATÁN
DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
SUBDIRECCIÓN DE SALUD MENTAL
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO
COMPONENTE ABORTO SEGURO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PERSONA USUARIA DE LOS SERVICIOS DE ABORTO SEGURO

FECHA: 00/01/1900

UNIDAD MÉDICA: HOSPITAL GENERAL AGUSTIN OHORAN

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA USUARIA

Nombre: 0

Edad: 0 años

Ocupación: 0

Domicilio: 0

Documento con el que se identifica: CURP 0

Teléfono: 0

Correo electrónico:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE

(Sólo llenar tratándose de menores de doce años o persona con discapacidad intelectual)

Nombre: N/A

Edad: N/A

Ocupación: N/A

Domicilio: N/A

Documento con el que se identifica: N/A

Teléfono: N/A

Correo electrónico: N/A

MANIFESTACIÓN DE ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA USUARIA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS EN MATERIA DE ATENCIÓN AL ABORTO

De manera libre, voluntaria, consciente e informada, yo **0**

reconozco que el personal de salud me ha informado mi condición de salud y el diagnóstico con el que cuento y declaro que el profesional en salud tratante me ha informado con lenguaje simple, en forma clara y precisa las alternativas farmacológica y quirúrgica de tratamiento para mi condición de aborto, los estudios de laboratorio y gabinete que pudiesen requerirse, así como los beneficios, posibles riesgos y complicaciones que, aunque bajos, pudiesen presentarse con motivo del tratamiento, por lo que declaro:

- Que me han explicado que, aunque poco frecuentes, pudieran existir complicaciones durante y después del procedimiento, en forma enunciativa tales como: hemorragia, infección, perforación uterina, lesiones de órganos adyacentes, los cuales pudieran requerir tratamientos o cirugías posteriores. La evolución dependerá de las circunstancias específicas de cada caso clínico, y en este caso especial, las siguientes circunstancias pueden aumentar el riesgo:

- Que recibí información y fueron aclaradas mis dudas sobre los posibles síntomas que se pueden presentar después del procedimiento, los signos de alarma y las recomendaciones de los cuidados posteriores al procedimiento.

- Que en presencia de alguna complicación podría necesitar ser trasladada a otra unidad hospitalaria. También me han explicado que el hospital tiene normas de trabajo, horarios de visita que me comprometo a respetar (en los casos en que amerite hospitalización).

- Que me han informado que la unidad de atención cuenta con un equipo de personal multidisciplinario, que valora de forma integral todos los aspectos relacionados con mi salud, considerando no sólo los físicos, si no también sociales, culturales, psicológicos y económicos, por lo que de así proceder, emitiré una opinión médica profesional que se me hará saber oportunamente, en caso de necesidad de referencia a otro servicio, para que decida de manera libre, voluntaria e informada, lo que mejor me convenga.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo y que se me han explicado ampliamente las posibles consecuencias de suspender las acciones terapéuticas iniciadas.
- Que autorizo al personal de salud para la atención de cualquier contingencia o urgencia derivada de este procedimiento atendiendo al principio de libertad prescriptiva, desde el cual el personal de salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en mi beneficio, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.
- Que en ejercicio de mis derechos y pleno uso de mis facultades físicas y mentales, otorgo, acepto y autorizo lo siguiente:

El consentimiento para que por mi condición de aborto me sea practicado el tratamiento:

Esquema combinado Mifepristona-Misoprostol

Firmo este CONSENTIMIENTO por mi libre voluntad en presencia del personal médico tratante y de dos testigos y sin haber estado sujeta a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

PERSONA USUARIA / RESPONSABLE LEGAL	MÉDICA O MÉDICO TRATANTE
Nombre completo y firma	Nombre completo, cedula y firma.
TESTIGO	TESTIGO
Nombre completo y firma	Nombre completo y firma

FUNDAMENTO JURÍDICO

Este formato de consentimiento informado fue realizado con fundamento en la **Ley General de Salud**, artículo 51 Bis 1., Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos.80, 81, 82, 83; Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, numerales 10.1 al 10.1.1.10, así como el Apéndice A; Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar, numerales 1, 4 y 5; Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, numerales 6.3.3 y 6.4.2.7; Ley General de Víctimas Artículo 30 fracción IX y Artículo 35.

La protección de los derechos reproductivos de la usuaria tiene fundamento legal en los artículos 1o y 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La atención a la salud sexual y reproductiva es un servicio básico de salud reconocido en la **Ley General de Salud**, en su artículo 27 fracción V.

En la **Acción de Inconstitucionalidad 148/2017** resuelta en la **Suprema Corte de Justicia de la Nación** el 7 de septiembre 2021, se **determinó que la criminalización absoluta de la interrupción del embarazo es inconstitucional y resalto la protección de los derechos sexuales y reproductivos de la mujeres**, principalmente los relacionados con su autonomía y libertad reproductiva. En cumplimiento a esta jurisprudencia por precedente obligatorio, el Hospital General Agustín OHoran garantiza la atención integral en condiciones seguras de manera resolutive en cumplimiento al marco de derechos humanos de mujeres, niñas y adolescentes que emana de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, así como del principio propersona reconocido en su artículo 1o.