



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CNEGSR
CENTRO NACIONAL DE EQUITAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA



ISSEA
SECRETARÍA DE SALUD
DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
Contigo al 100

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PERSONA USUARIA
DE LOS SERVICIOS DE ABORTO SEGURO

(Lugar y fecha)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre de la persona usuaria: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____

Documento con el que se identifica (su ausencia no limita la prestación del servicio): _____

En caso de contar con ellos: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE

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

Nombre: _____

Parentesco: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Domicilio: _____

Documento con el que se identifica: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

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 _____
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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CNEGSR
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA



ISSEA
SECRETARÍA DE SALUD
DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
Contigo al 100

tratamientos o cirugías posteriores. La evolución dependerá de las circunstancias específicas de cada caso clínico.

- 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, emitirá 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:

por ser este la mejor opción terapéutica para mi persona y acorde a mi elección.

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, CÉDULA Y FIRMA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CNEGSR
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA



ISSEA
SECRETARÍA DE SALUD
DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
Contigo al 100

TESTIGO	TESTIGO
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

REVOCACIÓN

Yo _____

Identificándome con _____

En este acto revoco el consentimiento otorgado con fecha: _____

Manifestando por mi propio derecho que NO DESEO PROSEGUIR EL PROCEDIMIENTO que anteriormente autoricé, por lo que dejo sin efectos el consentimiento otorgado.

_____, a ____ de _____ del _____. (LUGAR Y FECHA)

PERSONA USUARIA / RESPONSABLE LEGAL	MÉDICA O MÉDICO TRATANTE
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	NOMBRE COMPLETO, CÉDULA 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 6.4.27; Ley General de Víctimas Artículo 30 fracción IX y Artículo 35.