

Nombre de la Institución o Denominación Social del Establecimiento.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN  
PARA ATENCIÓN OBSTÉTRICA**

**Lugar y Fecha** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Expediente: \_\_\_\_\_, edad \_\_\_\_\_

Identificado con: \_\_\_\_\_

Nombre del Familiar Responsable: \_\_\_\_\_

Identificado con: \_\_\_\_\_

Representante Legal: \_\_\_\_\_

Identificado con: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente y en pleno uso de mis facultades físicas y mentales, manifiesto que he sido informada sobre los diversos procedimientos Obstétricos que se podrían requerir en mi persona y/o en el producto de mi embarazo.

( En este espacio describa la naturaleza de la Cirugía ).

Maniobras o procedimientos obstétricos: \_\_\_\_\_

Riesgos y complicaciones: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_

He tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento obstétrico, las cuales me han sido explicadas a mi entera satisfacción; por lo tanto autorizo al personal de salud, para que lleven a cabo el procedimiento de atención del parto, los métodos diagnósticos medidas terapéuticas y quirúrgicas que se requieran; así como, para atender las contingencias y/o urgencias, lo anterior con fundamento en el Artículo 61 Fracción I de la Ley General de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM – 007 – SSA – 1993 para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto o Puerperio y del Recién Nacido, así como la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente Clínico.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Médico Tratante**  
Quien se Identifica con:

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Familiar Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Médico Tratante**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Testigo**  
Quien se Identifica con:

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Testigo**  
Quien se Identifica con:

Nota: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente.