

Nombre de la Institución o Denominación Social del Establecimiento.

---

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN  
PARA PROCEDIMIENTO DE VASECTOMÍA**

**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 manifiesto mi voluntad para someterme al Procedimiento de Vasectomía sin que haya mediado violencia o coacción física o moral para hacerlo, después de haber sido informado de que se trata de un método anticonceptivo permanente, y ya no podré tener más hijos, así como las posibles complicaciones y riesgos del Procedimiento de Vasectomía.

He tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, las cuales me han sido explicadas a mi entera satisfacción; por lo tanto autorizo a los médicos, para que realicen la intervención quirúrgica; así como, para atender las contingencias y/o urgencias, que se presenten, lo anterior con fundamento en los Artículos 67 y 68 Fracción I y II de la Ley General de Salud, Artículo 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de los Servicios de Atención Médica, como la Norma Oficial Mexicana NOM – 005 – SSA1 – 1993 de los de los Servicios de Planificación Familiar.

---

**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.**