

H.P.R.

3

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA

FECHA

YO.....de estado civil.....

Profesión.....

Voluntariamente solicito y autorizo al Dr.....

Para que me sea practicada la operación de esterilización por ligadura de trompas.

Declaro entender en su totalidad que las consecuencias son volverme estéril e incapaz de concebir niños y que sus resultados son irreversibles.

Manifiesto estar en conocimiento del procedimiento quirúrgico a seguir, así como de las molestias que el mismo pueda provocar; de la existencia de otros métodos anticonceptivos ; no obstante lo cual es mi voluntad proceder a mi esterilización definitiva.

Asimismo declaro conocer los riesgos de la intervención consistentes en los derivados de una anestesia general y un procedimiento abdominal invasivo, así como las remotas pero posibles fallas que la misma puede tener, no imputables a negligencia del cirujano actuante.

Montevideo.....

Domicilio de la paciente.....

Documento de identidad.....

Firma de la paciente.....

Aclaración de firma.....

Firma del marido.....

Firma de los testigos . mayores de edad, domicilio, documento de identidad :