



**Asociación Uruguaya
de Planificación Familiar**
Centro Prof. Hermógenes Álvarez

CONSENTIMIENTO PARA ESTERILIZACION TRANSLAPAROSCOPICA

Montevideo, de de 199.....

Yo de años de edad, en pleno uso de mis facultades mentales le solicito y autorizo al Dr. a que me realice una ligadura translaparoscópica mediante electrocoagulación y sección de ambas trompas uterinas.

Se me ha explicado que de esta operación se deriva una esterilidad definitiva quedando por lo tanto imposibilitada de tener más hijos, también se me ha informado que esta técnica puede ser falible. Consiento el uso de cualquier tipo de anestésico con el fin de realizar esta operación. Declino realizar cualquier tipo de reclamación o demanda a los médicos actuantes o a la Institución por los inconvenientes o complicaciones que puedan surgir de esta intervención.

La naturaleza y efectos de esta operación han sido explicados por el Dr.

Paciente

C.I. N°
firma

Yo estoy completamente de acuerdo con el consentimiento y la solicitud realizada por mi esposa, habiendo entendido la naturaleza y las consecuencias derivadas de esta operación.

Nombre:

C.I. :
firma

Avda. Francisco Soca 1539 Tel: 77 74 79 al 81 - Fax: 77 74 82