



# RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



DIRESA: \_\_\_\_\_ N° de HISTORIA CLÍNICA \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD DE INTERVENCIÓN PARA LIGADURA DE TROMPAS

Yo \_\_\_\_\_ identificada con D.N.I. o L.E. N° \_\_\_\_\_ y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Ligadura de Trompas.

La Ligadura de Trompas es una operación electiva no es una operación de emergencia.

Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos, complicaciones y mortalidad, (entre 4-10 por 100,000 ligadura de trompa)

Después de la Ligadura de Trompas no podre tener más hijos, su efecto es permanente.

Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo.

Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación.

La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas.

Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Ligadura de Trompas y después si es mi decisión, venir al servicio de salud para operarme.

Puedo pedir más explicaciones sobre la Ligadura de Trompas o decidir de la operación en cualquier momentos aunque haya firmado esta solicitud.

Ni yo, ni mi pareja, ni mis parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de este o cualquier otro establecimiento cualquiera sea mi decisión con respecto a la Ligadura de Trompas.

Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria optar por la Ligadura de Trompas, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información solicitada en forma veras sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y post operatorias y asistir a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique. Declaro ademas que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la Usuaría

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Personal  
que brinda la orientación y consejería

\_\_\_\_\_  
Huella Digital

Si la usuaria es analfabeta, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración, quien suscribe es testigo, que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento ha impreso su huella digital en mi presencia manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de la testigo: \_\_\_\_\_

D.N.I. o L.E.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma el/la Testigo  
DNI N°

\_\_\_\_\_  
Huella Digital de el/la  
Testigo

## Autorización de Intervención para Ligadura de Trompas

Fecha de la Intervención \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Ligadura de Trompas

Yo, \_\_\_\_\_, con C.M.P. \_\_\_\_\_, he verificado que la decisión a sido tomada en forma libre e informativa.





## CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBA DE ELISA - PRUEBA RÁPIDA PARA VIH

Yo: .....  
De ..... años de edad, habiendo recibido consejería e información acerca de VIH, la prueba de ELISA/  
Prueba rápida, en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo se me tome la muestra de sangre para  
el despistaje del VIH y SIDA, me comprometo a regresar para la consejería post-test y mis resultados.



Huella digital

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

.....  
FIRMA DEL PACIENTE

.....  
FIRMA Y SELLO DEL CONSEJERO

Doc. Ident. N°: .....

En situaciones especiales como: niños, personas con trastornos mentales o con incapacidad para decidir sobre  
la realización de la prueba



Huella digital

.....  
FIRMA DEL APODERADO O REPRESENTANTE

Doc. Ident. N°: .....

## SOLICITUD DE EXAMEN DE ELISA PRUEBA RÁPIDA PARA VIH

1. REGIÓN Y SUBREGIÓN: .....

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: .....

SERVICIO: .....

N° CAMA: .....

2. CÓDIGO: .....

N° HC: .....

APIA/MINIS/FNA(DI/MES/AÑO): .....

N° MUESTRA ..... ELISA para VIH ( ) Prueba Rápida para VIH ( ) FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

El (la) paciente ha recibido consejería Pre Test

.....  
MÉDICO / OBSTETRA

.....  
CONSEJERO

OBSERVACIÓN: .....

1. ELISA/PRUEBA RÁPIDA VIH

Reactivo ( )

No Reactivo ( )

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2. W.B

Positivo: ( )

Negativo: ( )

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

OBSERVACIONES: .....





Red Integrada de Salud San Ignacio ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

N° de Historia Clínica \_\_\_\_\_

## Consentimiento Informado y Solicitud para la Inserción del Dispositivo Intrauterino (DIU)

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con D.N.I. N° \_\_\_\_\_ declaro que he recibido información suficiente y debida del personal de salud y comprendido lo siguiente:

El DIU es un pequeño dispositivo que se coloca dentro del útero (o matriz). Actúa fundamentalmente impidiendo la fecundación (unión del óvulo y el espermatozoide). Tiene una duración para 12 años.

Es frecuente ver cambios en el sangrado, en general es más profuso y prolongado, puede presentar dolor durante la menstruación, en especial los primeros meses.

Puede tener un efecto protector contra el cáncer de endometrio.

Es una opción para las mujeres con contraindicaciones para la anticoncepción hormonal.

Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.

No protegen contra las ITS o el VIH. Si hay algún riesgo de contraer ITS o VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de condones.

Si una mujer tiene altas probabilidades individuales de exposición a las infecciones por gonorrea y clamidia, no se inicia el uso del DIU.

Se coloca en los 5 primeros días de haber iniciado el sangrado menstrual. También puede ser insertado en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual si la mujer ha estado usando un método anticonceptivo y existe la certeza razonable de que ella no está embarazada.

La inserción se realiza en consulta ambulatoria. Raramente puede aparecer una reacción vagal (bajada de tensión, mareo, etc.), siempre pasajera.

El DIU es un anticonceptivo de larga duración reversible presentan una elevada eficacia contraceptiva aun así, existe un riesgo de embarazo en aproximadamente una de cada cien mujeres en el primer año de uso.

Los controles, y atención de posibles complicaciones son gratuitos.

Puedo pedir más explicaciones sobre el DIU o desistir de la aplicación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud.

Mi pareja y mis parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de este o cualquier establecimiento, cualquiera sea mi decisión con respecto a la colocación del DIU.

Después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la opción del DIU por lo que solicito y autorizo su colocación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones y asistir a los controles posteriores a la colocación del DIU en las fechas que se me indique.

Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Firma de la Usaria

Huella Digital

Firma y sello de el/la Médico/a Cirujano/a u Obstetra

Si la usuaria es analfabeta un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.

Quiero ser testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre de la/el Testigo: \_\_\_\_\_





ESTABLECIMIENTO..... N° de Historia Clínica.....

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD PARA LA INSERCIÓN DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con D.N.I. N° \_\_\_\_\_, declaro que he recibido información suficiente y debida del personal de salud y comprendido lo siguiente:

El implante sub dérmico es un método anticonceptivo temporal y tiene una duración de 3 años.

Ningún método anticonceptivo es perfecto y que algunas mujeres han quedado embarazadas mientras usan el implante (1 de cada 100 mujeres durante el primer año de uso).

El implante no me protegerá contra la infección por VIH u otras infecciones de transmisión sexual y que debo usar condones para protegerme contra estas infecciones.

Tiene beneficios, riesgos, efectos secundarios que los he entendido con claridad.

Algunos medicamentos pueden interactuar con el implante y disminuir su eficacia como anticonceptivo. Debo informar a todos mis proveedores de atención médica que estoy usando un implante anticonceptivo.

Declaro que no estar embarazada y si en el momento de la aplicación no estuviera menstruando, asumo la responsabilidad por un posible embarazo en curso, no obstante haberse realizado, de ser necesario, una prueba de embarazo con resultado negativo.

Debo informar si alguna vez he tenido alguno de los siguientes problemas antes de usar el implante anticonceptivo subdérmico:

- Coágulos de sangre en los pulmones, las piernas o el cerebro
- Sangrado inexplicable de la vagina
- Inflamación de las venas
- Cáncer de seno o útero
- Enfermedad hepática
- Enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular

He informado al proveedor de atención de planificación familiar si alguna vez he tenido alguno de los siguientes problemas, de modo que me ha podido explicar los problemas que se pueden presentar si uso un implante anticonceptivo subdérmico:

- Diabetes
- Colesterol alto
- Dolores de cabeza
- Convulsiones o epilepsia
- Enfermedad de la vesícula biliar o renal
- Depresión
- Presión arterial alta o hipertensión

Los efectos secundarios asociados que podrían presentarse a veces con el implante anticonceptivo subdérmico incluyen:

- Cambios en el patrón de sangrado menstrual, o incluso ausencia de periodos menstruales.
- Manchado o sangrado entre periodos
- Aumento de peso
- Dolores de cabeza
- Acné
- Cambios en el estado de ánimo, nerviosismo

Se pueden presentar algunos problemas relacionados con la inserción en el brazo del implante:

- Dolor, irritación, inflamación o hematomas en el lugar de inserción y retiro en el brazo
- Tejido cicatricial grueso alrededor del implante que dificulta su retiro
- Infección en el lugar de inserción y retiro
- Se debe retirar al final de tres años, pero se puede quitar antes si lo desea.
- Si tengo problemas puedo acudir con proveedor de atención de planificación familiar para solicitar ayuda.

Por tanto, después de recibir información sobre este método anticonceptivo y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la opción del implante subdérmico, por lo que solicito y autorizo su inserción. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones y asistir a los controles posteriores a la inserción del implante en las fechas que se me indique.

Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Firma de la Usuario

Firma y sello de el/la Médico/a Cirujano/a u Obstetra

**Si la usuaria es analfabeta un paciente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.**

Quien suscribe es testigo que le he leído y explicado el contenido de este documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de la/el Testigo: \_\_\_\_\_









PERU

MINISTERIO  
DE SALUDSUB REGION DE  
SALUD JAEN

DIRESA \_\_\_\_\_ ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_ N° de Historia Clínica \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD DE INTERVENCIÓN PARA VASECTOMIA**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con DNI \_\_\_\_\_  
y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

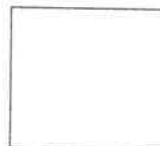
Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles, que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la vasectomía.  
La Vasectomía es una operación electiva, no es de emergencia.  
Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos y complicaciones poco frecuentes.  
Después de la Vasectomía no podré tener más hijos, su efecto es permanente.  
Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo en mi pareja.  
Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación.  
La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas.  
Dispongo de por lo menos tres días para pensar cuidadosamente sobre la vasectomía y después, si es mi decisión, venir al establecimiento de salud para operarme.  
Puedo pedir más explicaciones sobre la vasectomía o desistir de la operación en cualquier momento aunque haya firmado esta solicitud.  
Ni yo, ni mi pareja ni mis parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de este o cualquier establecimiento, cualquiera sea mi decisión con respecto a la vasectomía.  
Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la opción de la vasectomía, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias y asistir a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique.  
Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del personal  
que brinda la operación y consejería

Firma del Usuario

Huella Digital



Si el usuario es analfabeto, o presenta déficit mental o enfermedades psiquiátricas un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.  
Quien suscribe es testigo que el usuario conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre de el/la Testigo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de el/la Testigo  
D.N.I

Huella Digital de el/la  
Testigo

**Autorización de Intervención para Vasectomía**

Fecha de la Intervención: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Vasectomía.

Yo, \_\_\_\_\_, con CMP \_\_\_\_\_, he verificado que la decisión ha sido tomada en forma libre e informada





## FICHA DE VISITA DOMICILIARIA DEL CSMC "LA FLOR DE LOTO" - SAN IGNACIO -

H. CL.:

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ TELF.: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

RELATO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente

Firma del Profesional





