



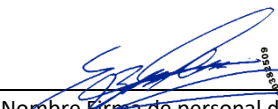
FORMATO PARA RECIBIR CONSEJERÍA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL GRUPO ETARIO DE 10 A 19 AÑOS SIN ACOMPAÑAMIENTO DE QUIEN TIENE PATRIA POSTESTAD O TUTELA

Fecha: _____

Por este medio, yo _____, que y que mi CURP es _____ y que también me identifico con el nombre de _____ ya que mi identidad de género es _____, de _____ años de edad, quiero manifestar mi elección de recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva SIN el acompañamiento al que se refiere el numeral 6.8.6 de la Norma Oficial Mexicana **NOM-047-SSA2-2015**, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. El personal de **Impulso Trans A.C.** me ha informado claramente que es mi derecho acceder a estos servicios, independientemente de mi edad, condición social, estado civil o cualquier otra característica.

También quiero manifestar que en esta consejería ha estado presente _____, con CURP o INE _____, en caso de ser una persona trans me identifico con el nombre de _____ de _____ años de edad

Como parte de mis derechos sexuales, solicito a impulso trans recibir también información a lo relacionado al proceso de transición y lo que implica el tratamiento hormonal al considerarme una persona trans


Nombre _____
Firma de personal de Consejería _____
Puedes usar tu nombre social _____
Nombre/ Fecha / titular/ representante _____

Nombre (Social) _____
Firma de Usuari(a) _____
Puedes usar tu nombre social _____
Nombre/ Fecha / titular/ representante _____

Persona responsable de patria potestad o tutela 2
Solo en caso de menores de 18 años
Nombre/ Fecha / titular/ representante _____

Este programa se realiza con recurso público de los programas de:



Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social.

Domicilio: Francisco Villa No. 29, Col. División del Norte, CP. 45130, Zapopan Jalisco.

Contacto: izacarias@impulsotransac.org

Celular: 33 10 38 2509