ASPACE
PARÁLISIS CEREBRAL
Confederación

CONSENTIMIENTO INFORMADO
en salud sexual y reproductiva para personas con parálisis cerebral y otras discapacidades afines

Colaboran:

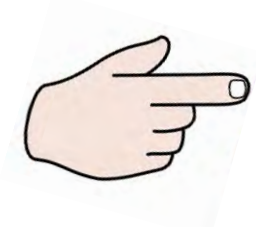
MINISTERIO DE IGUALDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE IGUALDAD Y PARA LA ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030
SECRETARÍA DE ESTADO DE DERECHOS SOCIALES

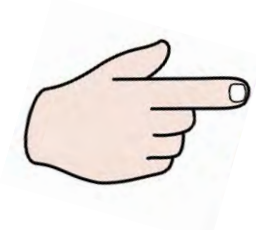
Fundación ONCE

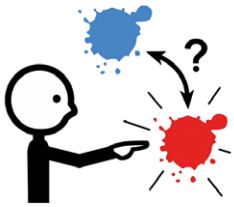
LF Versión Lectura Fácil

Autoría: Confederación ASPACE y Natalia Rubio Arribas. Psicóloga, sexóloga y pedagoga.
Autor pictogramas: Sergio Palao. Procedencia: ARASAAC (http://arasaac.org). Licencia: CC (BY-NC-SA).

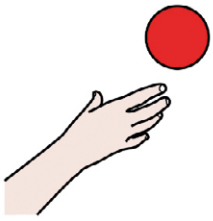


ESTE DOCUMENTO ES UN CONSENTIMIENTO INFORMADO.

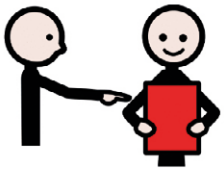
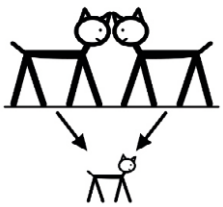




ESTE DOCUMENTO SE USA PARA DECIDIR

SI  **O** **UN**

SI QUIERES O NO RECIBIR UN TRATAMIENTO

SOBRE  **Y** 

SOBRE TU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Este documento tiene 6 partes y 1 encuesta.

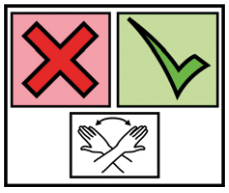
Parte 1: ¿Quién eres y dónde estás?

Parte 2: ¿Cómo me han explicado las cosas?

Parte 3: Mi cuestionario para decidir

Parte 4: Acuerdos sobre mi comunicación

Parte 5: Mi decisión final



Parte 6: Si cambio de opinión

PARTE 1:
QUIÉN ERES Y DÓNDE ESTÁS

DATOS DE LA PERSONA QUE DECIDE

Mi nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

DNI: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (solo si hace falta)

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

¿CÓMO ME COMUNICO? (Marca con una x lo que uses)

- ☐ Hablo con la voz
- ☐ Lengua de signos
- ☐ Pictogramas u otros sistemas. ¿Cuáles? _____
- ☐ Gestos o señales
- ☐ Otro: _____

¿QUÉ APOYOS DE COMUNICACIÓN USO?

- ☐ Tablero de comunicación. Tipo: _____
- ☐ Comunicador digital. Modelo: _____
- ☐ Aplicaciones en el móvil. ¿Cuáles?: _____
- ☐ Programa informático. Nombre: _____
- ☐ Otros: _____

¿SOBRE QUÉ DECIDO?

Qué intervención, tratamiento o acción es: _____

Fecha de esta sesión informativa: _____

Lugar de esta sesión informativa: _____

EQUIPO PROFESIONAL Y APOYOS PRESENTES

Nombre profesional responsable: _____

Especialidad: _____

Nº Colegiación: _____

Fecha: _____ Firma

Nombre persona apoyo o facilitadora de la comunicación:

_____

Fecha: _____ Firma

Nombre persona de confianza de la persona (si lo desea):

_____

Fecha: _____ Firma

Nombre representante legal (si hace falta):

_____

Fecha: _____ Firma

PARTE 2:
CÓMO ME HAN EXPLICADO LAS COSAS

¿CÓMO ME HAN AYUDADO A ENTENDER?
(Marca todo lo que se ha usado)

- ☐ Lenguaje claro y sencillo
- ☐ Documento en lectura fácil
- ☐ Pictogramas. ¿Qué sistema? (SPC, ARASAAC, Blis, otros) _____
- ☐ Dibujos o fotos
- ☐ Vídeos
- ☐ Intérprete de lengua de signos
- ☐ Mi comunicador habitual
- ☐ Cuestionario adaptado a mi SAAC
- ☐ Profesional (especialista en SAAC) o persona de apoyo
- ☐ Gestos, sonidos, miradas para responder sí o no
- ☐ Tiempo suficiente para pensar
- ☐ Varias sesiones de explicación. ¿Cuántas? _____
- ☐ Otros apoyos: _____

¿CÓMO SE COMPROBÓ QUE YO ENTENDÍA?
(Escribir brevemente)

_____

_____

_____

_____

PARTE 3:
MI CUESTIONARIO PARA DECIDIR (Anexo)

Este cuestionario me ayuda a:

- Pensar con calma
- Asegurarme de que entiendo
- Decidir con libertad

ELIJO EL CUESTIONARIO (Marca con una x la que elijas)

☐ Versión completa (60 preguntas)

☐ Versión esencial (24 preguntas)

☐ Versión con pictogramas (10 preguntas)

PARTE 4:
ACUERDOS SOBRE MI COMUNICACIÓN

Estas son mis señales de comunicación:

1. **Así digo Sí:** (tocar pictograma verde, mirar a la derecha, sonido "ajá", asentir con la cabeza...)

2. **Así digo NO:** (tocar pictograma rojo, cerrar ojos, mover cabeza, sonido "uh-uh"..)

3. **Así digo PARA o ESPERA:** (levantar mano, decir "eh-eh", mirar hacia la puerta, tocarme el hombro...)

4. **Cuando necesito ayuda para comunicarme:** (para pedir mi tablero, llamar a mi persona de apoyo, señalar mi dispositivo...)

5. **Si no me entienden, podemos hacer esto:** (usar mi dispositivo, escribir, intentar de otra manera, llamar a mi facilitador...)

ESTOS ACUERDOS LOS CONOCE	**Nombre**
Profesional responsable	
Persona de apoyo/facilitadora de la comunicación	
Representante legal (si hace falta)	
Otra persona	

PARTE 5:
MI DECISIÓN FINAL (Consentimiento)

Después de recibir información clara, haber hecho preguntas y pensado con calma:

Yo: _____

(Marca con una x tu decisión)

☐ **SÍ DOY MI CONSENTIMIENTO**

Para: _____

Sé que puedo cambiar de opinión cuando quiera.

☐ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO**

Decido no hacerlo ahora.

☐ **NECESITO MÁS TIEMPO**

Necesito pensar más o más información sobre:

_____

¿CÓMO EXPRESO MI DECISIÓN?

☐ Firma o marca personal

☐ Decirlo con palabras

☐ Gestos acordados

☐ Mi sistema de comunicación

☐ Otro: _____

Fecha: _____

Hora: _____

Firma

PARTE 6:
SI CAMBIO DE OPINIÓN
(Protocolo de revocación)

Si cambio de opinión puedo decir que **paro** o **ya no quiero seguir** en cualquier momento.

Puedo hacerlo así:

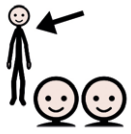
1. Forma de comunicarlo: _____
2. Persona a la que avisar: _____
3. Teléfono o contacto: _____

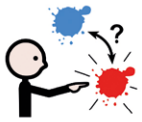
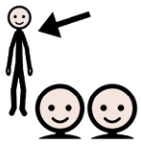
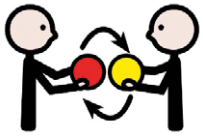
TENGO DERECHO A:

- Que se pare el procedimiento que estén haciendo.
- Que me cuiden después.
- No dar explicaciones.
- Que respeten mi decisión.

ANEXO 1:
Cuestionario de verificación

Documento elaborado por Confederación ASPACE
Versión 1, diciembre 2025
Basado en: Convención ONU, Ley 8/2021, Ley 41/2002,
Protocolos ASPACE 2019-2024.

10 PREGUNTAS SOBRE MI DECISIÓN	SÍ	NO
¿ QUE A ? **1. ¿ENTIENDO LO QUE ME VAN A HACER?**		
¿  ? **2. ¿ME LO EXPLICAN FÁCIL?**		
¿ ? **3. ¿PUEDO PREGUNTAR?**		
¿ ? **4. ¿ESTOY TRANQUILO/A?**		

	SÍ	NO
¿  ? 5. ¿DECIDO YO?		
¿ NADIE ? 6. ¿NADIE ME OBLIGA?		
¿ ? 7. ¿PUEDO DECIR NO?		
¿  ? 8. ¿QUIERO HACERLO?		
¿  DE IDEA? 9. ¿PUEDO CAMBIAR DE IDEA?		
¿ ? 10. ¿ME SIENTO RESPETADO/A?		