

**COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.**

Desde el Centro de Salud: .....  
 se informa a los familiares/ responsables de la niña:

NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	PAIS AL QUE VIAJA

Acerca de:

- Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación ritual de los genitales que se realiza en algunos países africanos, y del delito que supone la práctica para los Derechos Humanos.

- **El marco legal de la mutilación femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque la operación haya sido realizada fuera del país (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), según modificación de la LOPJ 3/2005.**

**La pena de prisión es de 6 a 12 años para los padres, la retirada de la patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de Protección de Menores.**

- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta con el/la Pediatra /Médico de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.

- La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

El/la Pediatra/Médico certifica que, en los exámenes de salud realizados a la niña hasta ese momento, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

Por todo ello:

1. **DECLARO** haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la-s niña-s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.
2. **CONSIDERO** haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
3. **ME COMPROMETO a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje,**

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

En....., a..... de..... de 20.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma. Pediatra/ Médico