

Centro de Salud XXXXXX
Dirección
Teléfono:

Formulario de consentimiento para el Implanon

___ Yo solicito un IMPLANON (implante de progestina).

Yo comprendo lo siguiente:

___ Se me hará una prueba de embarazo antes de que el Implanon sea colocado. Si he tenido relaciones sexuales sin protección en las pasadas 14 horas, la prueba puede ser negativa aunque ya haya comenzado un embarazo temprano.

___ El Implanon protege contra el embarazo por 3 años.

___ Los posibles riesgos del Implanon incluyen infecciones de la piel, cicatrices en la piel, moretones e hinchazón en el brazo donde este fue colocado.

___ Espero tener manchado y sangrado irregular. Mis menstruaciones pueden cambiar. Podría tener más sangrado, menos sangrado o ningún sangrado durante mis menstruaciones.

___ El Implanon no protege contra las ETS. Yo debería usar condones de látex para protegerme contra las ETS.

___ Puedo chequear el Implanon al tocar y sentir el tubo cilíndrico bajo mi piel. Regresaré a la clínica si no puedo sentir el tubo.

___ Tengo una hoja que explica lo que debo esperar después que se me coloque el Implanon.

___ Yo consiento que _____ me coloque el Implanon.

Firma de la paciente: _____

Fecha: _____

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____