

Centro de Salud XXXXXX

Dirección

Teléfono:

Formulario de consentimiento para el DIU

___ Yo solicito (circule uno): El DIU Mirena / Paragard

Yo comprendo lo siguiente:

___ Se me hará una prueba de embarazo antes de que el DIU sea colocado. Si he tenido relaciones sexuales sin protección en los pasados 7 días, la prueba de embarazo puede ser negativa aunque ya haya comenzado un embarazo.

___ El Paragard puede ser usado como Anticoncepción de Emergencia por hasta 5 días después de una relación sexual sin protección.

___ El Mirena protege contra el embarazo por 5-7 años. El Paragard protege contra el embarazo por 10-12 años.

___ Los riesgos posibles de la colocación de un DIU incluyen infección, sangrado, una reacción alérgica, perforación (hacer un agujero en el) del útero y expulsión del DIU.

___ Yo podría tener un sangrado irregular y calambres por los primeros 3 meses después de la colocación del DIU. El ibuprofeno o una almohada caliente pueden ayudar con estos síntomas.

___ Con el DIU Mirena mis menstruaciones pueden hacerse más ligeras o desaparecer del todo y comprendo que esto no es peligroso.

___ Con el DIU Paragard mis menstruaciones pueden hacerse más profusas o durar más tiempo.

___ Yo puedo chequear los hilos del DIU cada mes para asegurarme que está en el lugar correcto. Yo vendré a la clínica para que me chequeen el DIU si no puedo sentir los hilos.

___ Se me ha dado una hoja de información para pacientes para llevar a casa, con información sobre los efectos secundarios que puedo esperar una vez que el DIU sea colocado.

___ Yo consiento por este medio que _____ me coloque el DIU.

Firma de la paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del proveedor: _____ **Fecha:** _____

Testigo: _____ **Fecha:** _____