**Centro de Salud XXXXXX**

**Dirección**

**Teléfono:**

**Formulario de consentimiento para la inserción del DIU**

\_\_\_\_ Yo solicito (circule uno): El DIU Mirena / Skyla / Liletta / Kyleena / 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 DIU puede ser usado como Anticoncepción de Emergencia por hasta 5 días después de una relación sexual sin protección.

\_\_\_\_ El Mirena y Liletta protegen contra el embarazo por 8 años. El Kyleena protege contra el embarazo por 5 años. El Skyla protege contra el embarazo por 3 años. El Paragard protege contra el embarazo por 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 (caerse del útero) del DIU.

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

\_\_\_\_ El DIU no protege contra las ITS. Yo debería usar condones de látex para protegerme contra las ITS.

\_\_\_\_ Con los DIUs Mirena, Skyla, Kyleena, y Liletta 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.

\_\_\_\_ 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**