

Formulario de consentimiento para el implante anticonceptivo (Nexplanon®)

___ Yo solicito un implante anticonceptivo (implante de progestina, Nexplanon®).

Yo comprendo lo siguiente:

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

___ El implante anticonceptivo protege contra el embarazo hasta 5 años.

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

___ Espero tener manchado y sangrado irregular. Esto puede ocurrir o no durante un mes o más. Mis menstruaciones también pueden cambiar. Si las cambian, puede que tenga más o menos sangrado. En algún momento, mientras tenga el implante anticonceptivo, es posible que deje de tener menstruaciones. Ninguno de estos cambios es peligroso para mi salud.

___ El implante anticonceptivo no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS). Yo debería usar condones para protegerme contra las ITS.

___ Puedo chequear el implante anticonceptivo 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 implante anticonceptivo.

___ Yo consiento que _____ me coloque el implante anticonceptivo.

___ Si me hicieron pruebas de infecciones de transmisión sexual estaré disponible en este número para recibir los resultados:

Teléfono: _____ ¿Podemos dejarle un mensaje confidencial? ___ sí ___ no

Firma de la paciente: _____

Fecha: _____

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____