# 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 sea colocado. Si he tenido relaciones sexuales sin protección antes de mi última menstruación la prueba puede ser negativa, aunque ya haya comenzado un embarazo temprano.

\_\_\_\_ El implante protege contra el embarazo hasta 5 años.

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

\_\_\_\_ Espero tener manchado y sangrado irregular (frecuente y difícil adivinar). Mis menstruaciones también pueden cambiar. Si las cambien, 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. Estos cambios pueden durar hasta que se le retira el implante.

\_\_\_\_ El implante no protege contra las infecciones de transmisión sexual. Si busco protección contra las infecciones de transmisión sexual, debo usar condones externos o condones internos.

\_\_\_\_ Puedo chequear el implante al tocar y sentir el tubo bajo mi piel. Volveré a la clínica si no puedo sentir el tubo.

\_\_\_\_ Tengo una hoja informativa que explica lo que debo esperar después que se me coloque el implante.

\_\_\_\_ Yo consiento que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ me coloque el implante.

**Firma de la paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del proveedor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**