

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 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. 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: _____