XXXXXX Centro de Salud
Dirección
Número de Teléfono:

Formulario de consentimiento para la inserción del DIU

____ Yo solicito un DIU de (circule uno): Mirena / Skyla / Liletta / Kyleena / Paragard / Miudella

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 7 días pasados, la prueba de embarazo puede ser negativa, aunque ya haya comenzado un embarazo.

____ El DIU de Paragard, Mirena, y Liletta puede ser usado como Anticoncepción de Emergencia por hasta 5 días después de una relación sexual sin protección.

____ El DIU de Mirena y Liletta previenen el embarazo por 8 años. El Kyleena previene el embarazo por 5 años. El Skyla y Miudella previene el embarazo por 3 años. El DIU de Paragard previene 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 del DIU (caerse del útero).

____ Yo podría tener un sangrado irregular y calambres por los primeros 3 meses después de la colocación del DIU. Las pastillas para el dolor como ibuprofeno (Advil, Motrin) o naproxeno (Aleve), o una almohada caliente pueden ayudar con estos síntomas.

____ El DIU no protege contra las infecciones de transmisión sexual. Si estoy buscando protección contra las infecciones de transmisión sexual, debería usar condones externos o condones internos.

____ Con los DIUs de Mirena, Skyla, Kyleena, y Liletta, mis menstruaciones pueden hacerse más ligeras o desaparecer del todo. Comprendo que esto es seguro.

____ Con el DIU de Paragard y Miudella, mis menstruaciones pueden hacerse más profusas o durar más tiempo.

____ Se me ha dado una hoja de información 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:**_____

reproductive health access project