

Northeast Iowa Community Action Corporation
Family Planning Program

CONSENTIMIENTO FORMAL PARA LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
(Recetados y Sin Receta)

Nombre del Paciente _____ N° de Expediente _____

ANTICONCEPTIVOS ORALES

He escogido los anticonceptivos orales como mi método anticonceptivo. Me han proveído guía e información escrita respecto a los beneficios y riesgos, la efectividad, los posibles efectos secundarios, las complicaciones, y las indicaciones de peligro a causa del uso del anticonceptivo oral. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y entiendo la información que se me ha proveído.

Firma del Paciente Fecha

Testigo Fecha

DEPO PROVERA

He escogido Depo Provera como mi método anticonceptivo. Me han proveído guía e información escrita respecto a los beneficios y riesgos, la efectividad, los posibles efectos secundarios, las complicaciones, y las indicaciones de peligro a causa del uso de la Depo Provera. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y entiendo la información que se me ha proveído.

Firma del Paciente Fecha

Testigo Fecha

ORTHO EVRA “El Parche”

He escogido el sistema transdermal Ortho Evra como mi método anticonceptivo. Me han proveído guía e información escrita respecto a los beneficios y riesgos, la efectividad, los posibles efectos secundarios, las complicaciones, y las indicaciones de peligro a causa del uso del sistema transdermal Ortho Evra. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y entiendo la información que se me ha proveído.

Firma del Paciente Fecha

Testigo Fecha

ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA (PLAN B)

He solicitado el Plan B para el uso anticonceptivo de emergencia. Me han proveído guía e información escrita respecto a los beneficios y riesgos, la efectividad, los posibles efectos secundarios, las complicaciones, y las indicaciones de peligro a causa del uso del Plan B. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y entiendo la información que se me ha proveído.

Firma del Paciente Fecha

Testigo Fecha

NUVA RING (Anillo Vaginal)

He escogido el Nuva Ring (Anillo Vaginal) como mí método anticonceptivo. Me han proveído guía e información escrita respecto a los beneficios y riesgos, la efectividad, los posibles efectos secundarios, las complicaciones, y las indicaciones de peligro a causa del Nuva Ring (Anillo Vaginal). Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y entiendo la información que se me ha proveído.

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DUI o IUD, siglas en ingles)

He escogido el Dispositivo Intrauterino (DUI) como mí método anticonceptivo. Me han proveído guía e información escrita respecto a los beneficios y riesgos, la efectividad, los posibles efectos secundarios, las complicaciones, y las indicaciones de peligro a causa del DUI. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y entiendo la información que se me ha proveído.

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

IMPLANON

He escogido el Implanon como mí método anticonceptivo. Me han proveído guía e información escrita respecto a los beneficios y riesgos, la efectividad, los posibles efectos secundarios, las complicaciones, y las indicaciones de peligro a causa del Implanon. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y entiendo la información que se me ha proveído.

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

BARRERAS (Condón, Espermicida, Diafragma)

He escogido usar una Barrera como mí método anticonceptivo. Me han proveído guía e información escrita respecto a los beneficios y riesgos, la efectividad, los posibles efectos secundarios, las complicaciones relacionadas con el uso de este método. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y entiendo la información que se me ha proveído.

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL (CycleBeads) O MÉTODO DE CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

He escogido usar la Planificación Familiar Natural o el Conocimiento de la Fertilidad como mí método anticonceptivo. Me han proveído guía e información escrita respecto a los beneficios y riesgos, la efectividad, los posibles efectos secundarios, las complicaciones relacionadas con el uso de este método. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y entiendo la información que se me ha proveído.

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Fecha