

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE ANTICONCEPTIVO

BENEFICIOS: El método anticonceptivo implante anticonceptivo se compone de una varilla que contiene una pequeña cantidad de la hormona etonogestrel. Esta hormona se va liberando despacio debajo de la piel y, de esta forma, me ayuda a no quedar embarazada durante tres años. He comprendido que implante anticonceptivo tiene una eficacia del 99%.

RIESGOS: He comprendido y sé que no debo usar implante anticonceptivo si tengo alguna de las siguientes condiciones médicas, **que no tengo: embarazo**, o cáncer de seno activo. He comprendido que puedo sufrir cambios en mi sangrado menstrual. Éste puede ser irregular, más abundante, puede disminuir o, incluso, puede estar completamente ausente. He comprendido que algunos de los efectos secundarios menos común que se pueden presentar incluyen: dolor de cabeza, nerviosismo, un poco aumento de peso y depresión. Es posible que me deje una pequeña cicatriz o me produzca una infección en el lugar de inserción.

Me han informado que para reducir la posibilidad de que se produzcan complicaciones serias, es responsabilidad mía ponerme en contacto con la sala de emergencias de un hospital, un médico o con esta clínica si empiezo a tener algunos de los siguientes síntomas: dolor de cabeza grave, visión borrosa o pérdida de visión, dolor en las piernas, dolor abdominal, dolor en el pecho, nódulo mamario (bulto en los senos), depresión grave, ictericia, sangrado menstrual abundante, si creo que pudiera estar embarazada, si yo no puedo sentir el implante anticonceptivo bajo la piel en el lugar del brazo donde fue insertada, o si en el lugar de inserción tengo dolor, pus o molestia.

He comprendido que implante anticonceptivo no me protege contra el VIH ni otras infecciones de transmisión sexual, por lo que siempre debo usar condones de forma correcta si existe la posibilidad de que haya contraído cualquiera de estas enfermedades o de que tenga relaciones sexuales con alguien que las haya contraído.

Sé que ciertos medicamentos pueden reducir la eficacia de implante anticonceptivo. Estos medicamentos son los que se usan normalmente en el tratamiento de la epilepsia (convulsiones) y tuberculosis. Si estoy siguiendo tratamiento médico que requiere estos u otros medicamentos, debo decírselo a mi profesional médico.

ALTERNATIVAS: Se me han explicado otros métodos anticonceptivos.

PREGUNTAS: Se me ha dado la oportunidad de obtener respuestas a mis preguntas sobre este método y este formulario de consentimiento.

SI DECIDO DEJAR DE USAR IMPLANTE ANTICONCEPTIVO: Tengo derecho a solicitar la extracción de implante anticonceptivo en cualquier momento. He comprendido que el implante debe ser extraído de mi brazo cuando hayan transcurrido tres años desde su inserción. También comprendo que soy responsable del pago de cualquier atención médica que reciba fuera de la oficina de salud por problemas relacionados con implante anticonceptivo.

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO: Entiendo que la varilla se inserta justo debajo de la piel de la parte superior de mi brazo. Se colocará con un aplicador en forma de tubo después de limpiar mi piel con un antiséptico e inyectarme analgésicos locales. Me vendarán el brazo por un día y pueden aparecer moretones.

Entiendo que el procedimiento de eliminación es similar al de inserción. Consiste en la limpieza de la piel, la inyección de analgésicos y un pequeño corte a través del cual se extrae la cápsula con pinzas. Entiendo que la eliminación implica un pequeño riesgo de infección u otras complicaciones; que usualmente toma más tiempo que la inserción, y que los moretones son comunes. En algunos casos, se necesitan dos visitas para extraer la cápsula.

DOCUMENTACIÓN: He leído y comprendido la información en esta declaración de consentimiento y se me han aclarado todas las dudas y preguntas que he planteado. No creo que exista ninguna posibilidad de que esté embarazada. Comprendo que la efectividad de implante anticonceptivo no es del 100% pero la posibilidad de quedar embarazada si lo uso correctamente es mínima.

Marque con una X su decisión y firme más abajo:

_____ Solicito de forma voluntaria la inserción de implante anticonceptivo.

_____ Solicito de forma voluntaria la extracción de implante anticonceptivo.

Nombre del cliente _____ Fecha de nacimiento: _____ Firma del cliente: _____

Firma de la consejera o consejero _____ Fecha: _____

Firma de la clínica(o): _____ Fecha: _____