

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)  
LEVONORGESTREL (LNg)**

**BENEFICIOS:** Decido voluntariamente usar el dispositivo intrauterino (DIU) *Levonorgestrel (LNg)* como un método de planificación familiar. Estoy informada que el DIU LNg es muy efectivo con 1 de cada 100 mujeres quedando embarazada mientras utilizan este método.

**RIESGOS:** Comprendo y sé que no debo usar el DIU si tengo alguna de las siguientes condiciones médicas, **de las cuales no tengo:** cavidad uterina distorsionada, **embarazo**, clamidia, gonocócica, tuberculosis pélvica, sangrado vaginal sin diagnóstico, cáncer de cuello de útero, cáncer del útero o cáncer de endometrio activo \_\_\_\_\_ (iniciales del cliente).

Comprendo que mientras esté usando el DIU LNg como un método de planificación familiar, puedo tener los siguientes efectos secundarios: cambios en los periodos menstruales especialmente en los primeros 6 meses, que puede incluir: sangramiento más pesado de lo normal o manchado; calambres durante o después de la introducción del dispositivo; y/o mayor probabilidad de tener quistes benignos en el ovario que no requieran tratamiento o la eliminación del DIU LNg. Comprendo que puedo ser responsable de cualquier costo relacionado con las complicaciones que resulten al usar el método que escojo.

Comprendo que el DIU LNg no protege contra el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual. Comprendo que debo usar condones continua y correctamente si hay la posibilidad que esté infectada o de tener relaciones sexuales con una persona que esté infectada.

El DIU se puede asociar con infecciones del útero o de las trompas de Falopio. Además, se me ha informado que el DIU se puede asociar con complicaciones más graves como la perforación del útero (menos en 1 de cada 1000). La infección puede ser más grave si estoy embarazada y sé que debo buscar atención médica inmediatamente si creo que estoy embarazada. Si un embarazo ocurre mientras tiene el DIU en posición, hay un mayor riesgo de embarazo ectópico o aborto espontáneo.

Comprendo que para reducir la posibilidad de complicaciones serias del DIU LNg, es mi responsabilidad regresar a una clínica, un doctor/a o una sala de emergencia de un hospital si comienzo a sentir cualquiera de los siguientes síntomas:

- Síntomas de embarazo
- Dolor en el vientre
- Calentura, fiebre, escalofríos
- Cualquier flujo vaginal extraordinario o anormal
- No puedo tocar el hilo del DIU, o están más largos o más cortos
- Puedo tocar la parte de plástico
- Veo que el DIU se ha salido
- Gotas o manchas de sangre, demasiado sangrando, coágulos
- Desarrollo severos dolores de cabeza (migraña).

**ALTERNATIVAS:** Se me ha informado de otros métodos anticonceptivos.

**DECISIÓN DE DISCONTINUAR EL DIU:** Se me ha informado que se me puede retirar el DIU si quiero, sin perder los beneficios de cualquier programa del gobierno. Comprendo que es más probable que una mujer quede embarazada, si ella y su compañero no usan ningún método anticonceptivo. Los riesgos a su salud por embarazo son mayores que los riesgos a usar cualquier método anticonceptivo.

**INSTRUCCIONES:** Se me han dado las instrucciones para el uso del DIU LNg y se me ha dado la información de la etiqueta para pacientes. Sé cómo se inserta el DIU. Me han enseñado cómo revisar los hilos de mi DIU. Se me ha dado la información de los fabricantes del DIU y las voy a leer.

**PREGUNTAS:** Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el DIU LNg y sobre este formulario de consentimiento.

.....  
(Marque con una X su decisión y firme más abajo:)

\_\_\_\_\_ Solicito de forma voluntaria la inserción del DIU LNg.

\_\_\_\_\_ Solicito de forma voluntaria la extracción de DIU LNg.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Firma de la cliente: \_\_\_\_\_

Firma de la consejera o consejero: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la clínica(o): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(New Mexico Public Health Division – Family Planning – LNg IUD Consent Spanish 11/19)