

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) PARAGARD**

**BENEFICIOS:** Escojo voluntariamente el dispositivo intrauterino (DIU) como método de planificación familiar. Entiendo que el dispositivo intrauterino NO se garantiza de ser 100% eficaz, pero puede tener una eficacia de 99% si se usa debidamente, sin embargo, dependiendo del número y el tiempo de los episodios de relaciones sexuales sin protección en un ciclo menstrual, puede que haya riesgo de embarazo no diagnosticado. \_\_\_\_\_ (iniciales del cliente)

**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 al usar el DIU como método de planificación familiar, puedo tener los siguientes efectos secundarios: la regla dura más días y flujo menstrual más pesado, dolores agudos en la matriz durante y después que se inserte el dispositivo, y más cólicos durante mi regla menstrual. Comprendo que yo podría ser responsable por cualquier costo relacionado con las complicaciones que resulten del uso del método que yo escoja.

Los dispositivos intrauterinos (DIU) pueden ser asociados con infecciones de la matriz y las trompas de Falopio. Además, se me ha informado que el DIU puede causar complicaciones más serias como la perforación del útero, abscesos e infecciones en la sangre (sepsis). Es posible que esto pueda resultar en un embarazo ectópico, esterilidad o muerte. Las infecciones pueden ser más serias si estoy embarazada y sé que debo buscar atención médica inmediatamente si creo que estoy embarazada. Si un embarazo ocurre cuando tiene el DIU en su lugar, hay un mayor riesgo de aborto espontáneo.

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

- La regla me viene tarde, o no tengo una regla menstrual
- Síntomas de embarazo (fatiga, náusea, hinchazón/sensibilidad en los senos, aumento en las ganas de orinar, aumento de peso)
- Dolor en el vientre o calambres
- Calentura, fiebre, escalofríos
- Cualquier flujo vaginal extraordinario o anormal
- No puedo tocar los hilos del DIU, están más largos o más cortos
- Puedo tocar la parte de plástico
- Veo que el DIU se ha salido
- Gotas o manchas de sangre, sangrando demasiado, coágulos Comprendo que el dispositivo intrauterino no protege contra el VIH/SIDA u otras infecciones de transmisión sexual. Comprendo que debo usar condones continua y correctamente si hay posibilidad de que esté infectada o de que yo tenga relaciones sexuales con alguna persona que esté infectada.

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

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

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

**PREGUNTAS:** Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de este formulario de consentimiento.

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

Solicito de forma voluntaria la inserción de *Paragard* (DIU) como:

\_\_\_\_\_ método anticonceptivo de acción prolongada

\_\_\_\_\_ método anticonceptivo de emergencia y anticonceptivo de acción prolongada

\_\_\_\_\_ Solicito de forma voluntaria la extracción de *Paragard* (DIU).

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

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

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