

**ANTICONCEPCIÓN HORMONAL
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** _____
Dirección _____ **Teléfono (____)** _____
Fecha del último período menstrual ____ / ____ / ____

Antes de dar su consentimiento, asegúrese de comprender los pros y los contras de la anticoncepción hormonal. Si tiene alguna pregunta, estaremos encantados de discutirla con usted. No firme su nombre al final de este formulario hasta que haya leído y entendido cada enunciado y el farmacéutico haya respondido sus preguntas y pueda ser testigo de su firma. Esta información es confidencial.

Yo, (imprimir o escribir el nombre) _____ Estoy solicitando la participación en el programa de anticoncepción hormonal prescrito por el farmacéutico.

Entiendo que:

- He recibido y leído la hoja de información del paciente con respecto a los beneficios y riesgos de la anticoncepción hormonal y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.
- Estoy obligado a completar el proceso de detección de anticoncepción hormonal.
- Ningún método anticonceptivo es 100% efectivo.
- Puede tomar al menos 7 días para que la anticoncepción hormonal comience a funcionar y que necesitaré usar una forma alternativa de control de la natalidad, como los condones, durante esos primeros 7 días.
- La anticoncepción hormonal no me protegerá de las enfermedades de transmisión sexual y de que necesito usar condones para protegerme de estas enfermedades. Entiendo que debería buscar un diagnóstico y tratamiento si me preocupa y entiendo que los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan la detección de ETS, mujeres de 25 años o menos y mujeres identificadas con factores de riesgo específicos.
- Ciertos medicamentos pueden interactuar con la anticoncepción hormonal. Sé que es importante decirle al farmacéutico todos los medicamentos, medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y productos herbales que estoy tomando.
- Si encuentro algún síntoma anormal (por ejemplo: fiebre, secreción o micción dolorosa en el área pélvica) mientras recibo el tratamiento anticonceptivo hormonal, informaré cualquier síntoma físico nuevo o que empeore al farmacéutico que prescribe o a mi proveedor de atención primaria de inmediato.
- Puede ser útil compartir esta información de tratamiento con mi proveedor de atención médica habitual. Por lo tanto, solicito y autorizo la divulgación de esta información al siguiente proveedor designado. **Si** _____ **No** _____

Nombre del proveedor designado: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del farmacéutico: _____ **Fecha:** _____

Prescripción: _____

Educación del paciente dada: _____