Yo autorizo al proveedor en (*insert* ***Agency Name***) a realizar el siguiente procedimiento (encierre el procedimiento *y* el dispositivo en un círculo):

**Inserción de DIU** **Retiro de DIU Reemplazo de DIU**

**Paragard Mirena Skyla Liletta**

Tengo alergia a: 🞎 Betadine 🞎 metales 🞎 Ibuprofeno

Entiendo que (marque la[s] casilla[s] correcta[s] a continuación):

🞎 Este es un procedimiento en el consultorio para ***COLOCAR*** el DIU en mi útero.

*Y/O*

🞎 Este es un procedimiento en el consultorio para ***RETIRAR*** el DIU de mi útero.

**Inserción del DIU**

* Entiendo que el médico revisará la posición de mi útero y buscará signos de infección. Luego limpiará mi cérvix con Betadine. Un instrumento mantendrá inmóvil a mi cérvix y el médico revisará la profundidad de mi útero. Luego colocará el DIU y recortará los hilos.

🞎 He leído y firmado el formulario de autorización del fabricante y entiendo los riesgos y beneficios, efectos secundarios, señales de peligro y eficacia del DIU. Sé cómo contactar a la clínica si tengo preguntas o problemas y qué hacer si deseo dejar de utilizar el DIU.

🞎 Se me ha informado acerca de los posibles **riesgos** del procedimiento de inserción y estos se mencionan a continuación:

* Cólicos durante y después de la colocación;
* Sangrado o manchado durante y después;
* Infección o enfermedad pélvica inflamatoria (PID, por sus siglas en inglés) después; y/o
* Perforación del útero o del cérvix.
* Instrucciones para el cuidado en el hogar:
* Entiendo que debo llamar al médico si tengo alguna inquietud o pregunta sobre el DIU.
* Tome ibuprofeno según las indicaciones en caso de cólicos o sangrado.
* Entiendo que si tengo dolor, sangrado, fiebre o secreción, necesito ver a un médico de inmediato.

🞎 Entiendo que existen otros métodos anticonceptivos hormonales que podría utilizar (como la esterilización, implante, inyección, anillo, parche o pastillas). Entiendo que puedo solicitar que se retire el DIU en cualquier momento, por cualquier motivo.

* Me han explicado, he leído o me han leído este formulario por completo, y entiendo su contenido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Todas mis preguntas e inquietudes se han resuelto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha**  **Firma del cliente/otra persona legalmente responsable, si corresponde**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha**  **Firma del proveedor que va a realizar el procedimiento**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha**  **Firma del intérprete**

**Retiro del DIU**

* Entiendo que el médico insertará un espéculo en mi vagina y agarrará los hilos con un dispositivo parecido a unas pinzas. Luego jalará suavemente el DIU para extraerlo de mi útero.
* Se me ha informado acerca de los posibles riesgos del retiro del DIU:
* Cuando se retire el DIU, puedo quedar embarazada de inmediato. Necesito utilizar otro método anticonceptivo si no deseo quedar embarazada.
* En raras ocasiones, puede ser difícil de retirar y es posible que necesite visitar a otro médico para retirarlo.
* Entiendo que existen otros métodos anticonceptivos hormonales que puedo utilizar cuando se me retire el DIU (como la esterilización, implante, inyección, anillo, parche o pastillas).

🞎 Instrucciones para el cuidado en el hogar:

* Entiendo que si tengo dolor, sangrado, fiebre o secreción, necesito ver a un médico de inmediato.

Me han explicado, he leído o me han leído este formulario por completo, y entiendo su contenido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Todas mis preguntas e inquietudes se han resuelto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha**  **Firma del cliente/otra persona legalmente responsable, si corresponde**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha**  **Firma del proveedor que va a realizar el procedimiento**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha**  **Firma del intérprete**