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

**Inserción de implante** **Retiro de implante Reemplazo de implante** (retiro y luego inserción de un nuevo implante)

Tengo alergia a: 🞎 Betadine 🞎 lidocaína 🞎 curitas (Band-Aid)/cinta

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

🞎 Este es un procedimiento en el consultorio para ***COLOCAR*** el implante anticonceptivo debajo de la piel de la parte superior de mi brazo;

*Y/O*

🞎 Este es un procedimiento en el consultorio para ***RETIRAR*** el implante anticonceptivo de debajo de la piel de la parte superior de mi brazo.

**Inserción del implante**

🞎 Entiendo que limpiarán con Betadine una pequeña área de la piel en la parte superior de mi brazo. Luego inyectarán un anestésico (lidocaína) debajo de la piel con una jeringa. Cuando el área esté adormecida, se colocará el implante justo debajo de la piel. El proveedor médico presionará el lugar donde se insertó y luego colocará un curita sobre el sitio de inserción. Luego se coloca una venda alrededor de mi brazo para mantener la presión con el fin de disminuir la posibilidad de que aparezca un moretón o haya sangrado.

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

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

* + Podría tener un moretón o hinchazón en el lugar donde se colocó el implante que podría durar de 1 a 2 semanas.
	+ Podría tener una pequeña cicatriz en el lugar donde se insertó el implante.
	+ Una infección cutánea es poco común; si el lugar donde está el implante se siente caliente, presenta enrojecimiento, hinchazón, dolor o pus, o en caso de fiebre, necesito regresar a la clínica o visitar a otro proveedor médico de inmediato.
	+ Una reacción alérgica a la medicina utilizada para limpiar o adormecer la piel es poco común.
* Instrucciones para el cuidado en el hogar:
* Mantenga el área limpia y seca durante 2 días. Si se da un baño, envuelva la parte superior de su brazo con plástico para envolver (como Saran Wrap) y pegue las orillas con cinta para mantener el área seca.
* Déjese puesta la venda por un día; luego retírela.
* Déjese puesto el curita durante al menos 3 días.
* Llame a la clínica si tiene alguna inquietud o pregunta sobre el implante.
* Entiendo que existen otros métodos anticonceptivos hormonales que puedo utilizar (como la esterilización, DIU, inyección, anillo, parche o pastillas). Entiendo que puedo solicitar que se retire el implante 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 implante**

* Entiendo que limpiarán con Betadine una pequeña área de la piel en la punta del implante. Luego inyectarán un anestésico (lidocaína) debajo de la piel con una jeringa. Cuando el área esté adormecida, se hará un pequeño hoyo y se retirará el implante. En ocasiones, retirar el implante puede tardar 15 minutos o más si ha crecido tejido cicatrizado alrededor del implante. Si no se puede retirar, entiendo que necesitaré visitar otra clínica para que se retire y podría necesitar un ultrasonido para ayudar a encontrarlo y retirarlo.

🞎 Me han informado acerca de los posibles riesgos del retiro del implante:

* Podría tener un moretón o hinchazón en el lugar donde se retiró el implante que podría durar de 1 a 2 semanas.
* Podría tener una pequeña cicatriz en el lugar donde se retiró el implante.
* Cuando se retire el implante, puedo quedar embarazada de inmediato. Necesito utilizar otro método anticonceptivo si no deseo quedar embarazada.
* Una infección cutánea es poco común; si el lugar donde se retiró el implante se siente caliente, presenta enrojecimiento, hinchazón, dolor o pus, o en caso de fiebre, necesito regresar a la clínica o visitar a otro proveedor médico de inmediato.
* Una reacción alérgica a la medicina utilizada para limpiar o adormecer la piel es poco común.
* Entiendo que existen otros métodos anticonceptivos hormonales que puedo utilizar cuando se me retire el implante (como la esterilización, DIU, inyección, anillo, parche o pastillas).
* Instrucciones para el cuidado en el hogar:
* Mantenga el área limpia y seca durante 2 días. Si se da un baño, envuelva la parte superior de su brazo con plástico para envolver (como Saran Wrap) y pegue las orillas con cinta para mantener el área seca.
* Déjese puesta la venda por un día; luego retírela.
* Déjese puesto el curita durante al menos 3 días.
* Llame a la clínica si tiene alguna inquietud o pregunta sobre el implante.

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