

Consentimiento General para los Anticonceptivos

Si usted firma esta forma de consentimiento, significa que:

- ◆ El médico del programa Family PACT le ha informado acerca de todos los métodos anticonceptivos.
- ◆ Usted y su médico han evaluado cuál es el mejor método anticonceptivo para usted.
- ◆ Su médico de Family PACT le ha informado cómo usar su anticonceptivo en forma segura y exitosa.

Instrucciones: Con cuidado, lea cada uno de los puntos a continuación. Si está de acuerdo con cada punto, firme su nombre en la línea al pie de este documento.

- ◆ Entiendo que puede haber varios métodos anticonceptivos entre los cuales pueda elegir. Estos métodos incluyen:
 - ◆ Píldora
 - ◆ Parche
 - ◆ Anillo
 - ◆ Inyección
 - ◆ Implante
 - ◆ Dispositivo Intrauterino
 - ◆ Diafragma
 - ◆ Espermicidas
 - ◆ Esponja
 - ◆ Capuchón Cervical
 - ◆ Condones Masculinos
 - ◆ Condones Femeninos
 - ◆ Planificación Familiar Natural
 - ◆ Método del Conocimiento de la Fertilidad
 - ◆ Método de Lactancia y Amenorrea
 - ◆ Esterilización Masculina
 - ◆ Esterilización Femenina
- ◆ El médico de Family PACT me ha explicado de una forma que me resulta comprensible cómo debo usar el método que he elegido.
- ◆ Se me ha explicado la manera en que este método previene el embarazo y qué tan eficaz es para la mayoría de las personas.
- ◆ Se me ha informado acerca de los riesgos y los beneficios del uso de este método. Hemos analizado los problemas de salud que yo pudiera tener.
- ◆ He hablado con el médico de Family PACT acerca de los efectos secundarios que podrían producirse con el uso de este método. Entiendo que estos efectos son reacciones y cambios que podrían producirse como consecuencia del uso de este método.
- ◆ El médico de Family PACT me ha informado acerca de las complicaciones que podría causar el método que he elegido. Entiendo que las complicaciones se producen en casos aislados, pero pueden ocasionar problemas de salud serios. Se me han informado cuáles son las señales de advertencia de estas complicaciones.
- ◆ Entiendo qué debo hacer si deseo dejar de usar el método que he elegido.
- ◆ Se me ha dado información acerca del método que he elegido por escrito y de una forma que me resultó comprensible.
- ◆ El médico de Family PACT ha respondido a todas mis preguntas.

Tomando en consideración la información que se me ha brindado en este documento, decido libremente usar _____ como mi método anticonceptivo.
(nombre del método)

Firma:

Fecha: