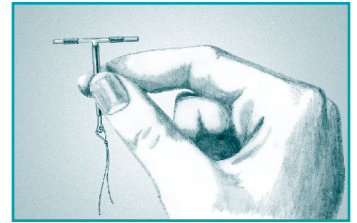


# Consentimiento Para el Uso del Dispositivo Intrauterino (DIU)

Si usted firma esta forma de consentimiento, significa que:

- ◆ Su médico del programa Family PACT le ha informado acerca de todos los métodos anticonceptivos.
- ◆ Usted ha decidido cuál es el mejor método anticonceptivo para usted.



**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 puedo elegir. Estos métodos incluyen:
  - ❖ Píldora
  - ❖ Parche
  - ❖ Anillo
  - ❖ Inyección
  - ❖ Implante
  - ❖ Dispositivo Intrauterino
  - ❖ Diafragma
  - ❖ Espermicidas
  - ❖ Esponja
  - ❖ Capuchón Cervical
  - ❖ Condones para Hombres
  - ❖ Condones para Mujeres
  - ❖ Planificación Familiar Natural
  - ❖ Método del Conocimiento de la Fertilidad
  - ❖ Método de Lactancia y Amenorrea
  - ❖ Esterilización para Hombres
  - ❖ Esterilización para Mujeres
- ◆ El médico de Family PACT me ha explicado la forma en que el DIU será colocado dentro del útero.
- ◆ Se me ha informado que hay dos tipos de DIU -- ParaGard y Mirena. Se me ha informado la forma en que cada uno de estos aparatos funciona para prevenir el embarazo.
- ◆ Se me ha informado que de 100 mujeres que usan el dispositivo por un año, solo 1 de estas mujeres quedará embarazada.
- ◆ Entiendo que puedo usar cualquiera de estos DIU y que:
  - ❖ ParaGard contiene cobre y su efectividad dura hasta por 10 años.
  - ❖ Mirena contiene una hormona y su efectividad dura hasta por 5 años.
- ◆ Se me ha informado acerca de los riesgos y los beneficios de cualquiera de los DIU. Hemos analizado los problemas de salud que yo pudiera tener.
- ◆ Se me ha informado que los posibles efectos secundarios incluyen cólicos mientras me colocan cualquiera de estos DIU y un sangrado ligero después de la misma. Se me ha informado que:
  - ❖ Con ParaGard, puedo tener períodos más abundantes y largos.
  - ❖ Con Mirena, puedo tener períodos más ligeros, puedo no tener períodos o puedo sangrar entre medio de los períodos. Puedo padecer de dolor de cabeza, mareos, náuseas, dolor en los senos o acné. En la mayoría de las mujeres, estos síntomas mejoran entre los primeros 3 a 6 meses.
- ◆ Se me ha informado que las complicaciones incluyen:
  - ❖ Infección o Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)
  - ❖ Desgarro o perforación del útero
  - ❖ El DIU puede moverse de su lugar o salirse totalmente
  - ❖ Un embarazo fuera del útero

- ◆ Se me ha informado que las señales de advertencia de estas complicaciones incluyen:
  - ❖ Atraso en los períodos
  - ❖ Sangrados anormales o sangrados leves
  - ❖ Flujo anormal
  - ❖ Dolor en el abdomen
  - ❖ Dolor pélvico
  - ❖ Fiebre o escalofríos
  - ❖ Dolor durante las relaciones sexuales
  - ❖ No puede sentir el cordón
- ◆ El médico de Family PACT ha hablado conmigo acerca de si el DIU sería adecuado para mí, especialmente si he tenido alguna de las siguientes condiciones:
  - ❖ Una infección de útero o trompas en el último año
  - ❖ Sangrado vaginal sin razón aparente
  - ❖ Un embarazo en las trompas
  - ❖ Cáncer de seno (sólo si planea usar Mirena)
- ◆ Se me ha informado que el uso de un DIU no me protege contra el VIH ni otras infecciones de transmisión sexual. El uso de condones puede ayudar a protegerme contra estas infecciones.
- ◆ Se me ha informado qué debo hacer en el caso de que desee dejar de usar el DIU:
  - ❖ Debo ir con un médico para que me lo quite.
  - ❖ No me lo debo sacar yo misma.
- ◆ Se me ha dado información por escrito y en mi idioma acerca del DIU que he elegido.
- ◆ 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 DIU)

Firma:

Fecha: