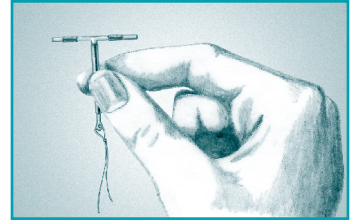


Consentimiento para Quitarle el Dispositivo Intrauterino (DIU)

Si usted firma esta forma de consentimiento, significa que:

- ◆ Está solicitando que le quiten el dispositivo intrauterino (DIU o aparato).
- ◆ El médico del programa Family PACT le ha informado lo que sucederá antes, durante y después de este procedimiento.



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.

- ◆ He sido informada acerca de cómo me quitarán el DIU y de lo que puede ser necesario que haga antes del procedimiento.
- ◆ He sido informada de que puedo sangrar un poco y sentir algunas molestias mientras el médico me retira el aparato del útero.
- ◆ He sido informada de que una vez que me quiten el DIU, puedo quedar embarazada de inmediato. Me han informado sobre lo que debo hacer si no quiero quedar embarazada:
 - ❖ Puedo solicitar que se me coloque un nuevo DIU, o
 - ❖ El día de hoy, puedo elegir un nuevo método.
- ◆ Mi médico de Family PACT me ha explicado que si estuviera embarazada en el momento en que me quitan el DIU, existe la posibilidad de que esto ocasione un aborto espontáneo.
- ◆ El médico de Family PACT ha respondido a todas mis preguntas.

Tomando en consideración la información que se me ha brindado, decido libremente solicitar a mi médico que me quite el dispositivo _____ en este momento.
(nombre del DIU)

Firma:

Fecha: