

1. Apellido	Primer nombre		Inicial del 2º nombre	
2. Número del paciente				
3. Fecha de nacimiento				
	Mes	Día	Año	
4. Raza <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Blanco				
5. Grupo étnico <input type="checkbox"/> Hispano cubano <input type="checkbox"/> Hispano mexicano americano <input type="checkbox"/> De otro grupo hispano <input type="checkbox"/> Hispano puertorriqueño <input type="checkbox"/> No es de origen hispano o latino <input type="checkbox"/> No declarado				
6. Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino				
7. Condado donde reside				

## Solicitud y consentimiento para utilizar el dispositivo intrauterino (DIU) Copper T 380A (“T de cobre”) (ParaGard®)

**Declaración sobre la participación voluntaria y la confidencialidad:** Los servicios cubiertos bajo el Título X se prestan únicamente con la aceptación voluntaria de quienes los reciben. Los individuos que los reciben no deberán estar sujetos a coerción para que reciban dichos servicios, ni para que ellos utilicen o no utilicen un método de planificación familiar en particular. La aceptación de los servicios de planificación familiar no deberá ser un prerrequisito para que el solicitante sea eligible o pueda recibir cualquier otro servicio o asistencia por parte de otros programas, o para participar en los mismos. Esta información es confidencial y será tratada como tal.

Los métodos de control de la natalidad pueden tener efectos beneficiosos o dañinos, o pueden causar complicaciones que pueden ser dañinas para mi salud. He sido informado que los más frecuentes beneficios, riesgos y efectos secundarios son aquellos que figuran a continuación. También podrían ocurrir otros beneficios, riesgos y efectos secundarios que no figuran en la lista.

### Efectividad del uso de Copper T 380A (ParaGard®): 99.4–99.6 por ciento efectivo

Beneficios	Posibles riesgos o desventajas	Posibles efectos secundarios
1. Es altamente efectivo	1. Infecciones que ocurren rara vez en los primeros días luego de la inserción	1. Un aumento del sangrado menstrual
2. El efecto anticonceptivo dura 10 años	2. El DIU puede atravesar el útero. Esto se conoce como perforación del útero	2. Aumento del dolor menstrual
3. Brinda libertad para una mayor espontaneidad sexual	3. El DIU puede desprenderse por sí mismo. Deberá utilizarse un método anticonceptivo de reemplazo en caso de su desprendimiento	
4. Es fácilmente reversible	4. Si su DIU no tiene cordón visible—Su proveedor médico generalmente puede extraer un DIU sin cordón visible en el consultorio médico. Es poco común que necesite una cirugía menor para extraer el DIU sin un cordón visible.	
5. Es conveniente	5. No ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual, que incluyen el VIH	
6. No altera la composición ni el volumen de la leche materna	6. Alergia al cobre	
7. Reduce el riesgo de un embarazo ectópico		
8. Es efectivo desde el punto de vista económico		

*Contraceptive Technology, 20ª ed., 2011*

1. No deseo embarazarme en este momento. Uno de los beneficios de escoger un método anticonceptivo es que podré atrasar el embarazo hasta que lo desee.

2. Me han explicado acerca de todos los métodos anticonceptivos que ofrece esta clínica. Puedo cambiar a otro método si lo recomienda el médico. Asimismo, puedo dejar de usar un método anticonceptivo si deseo embarazarme. Me han proporcionado instrucciones para el uso del método anticonceptivo que he escogido.

3. Entiendo que para continuar el uso del DIU «T de cobre» debo acudir a la clínica para someterme a un examen médico anual. Soy responsable por hacer una cita para mi examen médico anual. También entiendo que soy responsable por revisar las cuerdas del DIU cada mes y llamar a mi proveedor de atención médica si no puedo encontrar las cuerdas.
4. Entiendo que deberé buscar atención médica de inmediato si ocurriesen cualquiera de los siguientes signos de peligro: dolor abdominal severo, fiebre de origen desconocido o fiebre luego de la inserción del DIU, dolor en la región pélvica o durante las relaciones sexuales, secreción vaginal inusual, llagas en el área genital, si no puedo sentir las cuerdas del DIU, si tengo un sangrado vaginal severo o prolongado, o si mi pareja tiene una enfermedad de transmisión sexual.
5. He leído (o me han leído) la información indicada anteriormente, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las que me han sido respondidas en forma satisfactoria. Soy mentalmente competente, y asumo completamente la responsabilidad y eximo al departamento de salud local, incluyendo al médico que me atendió, al personal y a los asistentes, de cualquier responsabilidad civil por cualquier efecto dañino o por el embarazo que pudieran resultar de mi utilización del método anticonceptivo que me fue proporcionado. Me han indicado que llame a la clínica para recibir instrucciones para discontinuar este método si decido hacerlo así.
6. Me ha sido proporcionada información acerca de un número telefónico de emergencia para llamar a la clínica fuera del horario de atención o cuando la agencia esté cerrada.
7. He escogido y he solicitado utilizar el dispositivo intrauterino Copper T 380A como método anticonceptivo.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

#### DECLARACIÓN DEL INTERPRETE

Si se proporciona un intérprete para ayudar al individuo en la elección de su método anticonceptivo (Marque la opción aplicable):

- He interpretado la información y consejos presentados oralmente a la persona que va utilizar el anticonceptivo arriba y a la persona que está obteniendo este consentimiento. También he leído el formulario de consentimiento en el idioma \_\_\_\_\_ y explicado el contenido a la persona. Según mi leal saber y entender, la persona ha comprendido esta explicación.

\_\_\_\_\_  
Interprete

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

- Esta agencia fue contratada por \_\_\_\_\_ para proveer servicios de interpretación por teléfono. El \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Nombre del Representante de Servicios/Número de Identificación: \_\_\_\_\_ interpretó la información y consejos presentados oralmente a la persona, incluyendo este formulario de consentimiento, para usar el método de anticoncepción mencionado arriba y a la persona que obtiene este consentimiento. La información se interpretó en el idioma de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Entrevistador de la Agencia

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha