

Solicitud y consentimiento para utilizar el anticonceptivo oral de progestina sola (La mini píldora)

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		

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 del anticonceptivo oral con progestina sola: 87–99 por ciento efectivo

Beneficios	Posibles riesgos o desventajas	Posibles efectos secundarios
1. Puede ser usado por clientes que no toleran el estrógeno	1. No brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual	1. Cambios en el sangrado menstrual
2. Puede disminuir el flujo menstrual	2. Puede aumentar el riesgo de desarrollar quistes en los ovarios	2. Dolor de cabeza
3. Puede disminuir la severidad de la dismenorrea (periodos menstruales dolorosos)	3. Parece no prevenir los embarazos ectópicos	3. Dolor de los senos
4. Puede disminuir la incidencia de las crisis de anemia de células falciformes	4. Puede disminuir la protección contra el embarazo cuando la mini píldora se toma junto con determinados fármacos	4. Náuseas
5. Puede usarse durante la lactancia materna	5. Debe tomarse todos los días a la misma hora	5. Aumento o pérdida de peso
6. La fertilidad se recupera en forma inmediata		6. Depresión
		7. Cansancio

Contraceptive Technology 20¹ 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. 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.

- 4. 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.
- 5. He escogido y he solicitado utilizar el anticonceptivo oral de progestina sola 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 ____/____/____