SOLICITUD DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES
PARA MUJERES CON PROBLEMAS ESPECIALES/FACTORES DE RIESGO

Nombre del cliente: _____

Número de expediente del cliente _____

Clínica de la agencia _____

Antes de otorgar su consentimiento, asegúrese de entender la información que le hemos entregado. Si tiene alguna pregunta al leer, con gusto hablaremos con usted acerca de ellas. Usted puede cambiar de opinión respecto del uso de este método en cualquier momento. Recuerde que su consentimiento es completamente voluntario. Puede solicitar una copia de este formulario.

Existen factores de riesgo especiales que aumentan la posibilidad de manifestar un problema grave mientras usa Anticonceptivos hormonales combinados. Cuantos más factores tenga, mayor es su riesgo. Se han identificado los siguientes factores de riesgo:

- _____ Consumo de tabaco a una edad de ≥ 35 años
- _____ Hiperlipidemia informada
- _____ Diabetes
- _____ Hipertensión crónica
- _____ Otro _____

Se me ha asesorado, leí los materiales educativos para el cliente, el consentimiento informado y la afirmación anterior. Entiendo los factores de riesgo. Después de una conversación detallada con el médico acerca de mis factores de riesgo y métodos anticonceptivos no hormonales alternativos, hemos acordado que se me recetarán anticonceptivos hormonales combinados.

Nombre del intérprete _____

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha