

## CONSENTIMIENTO PARA NUVARING® - ANILLO ANTICONCEPTIVO VAGINAL

Yo, (escriba su nombre en letra imprenta o a máquina) \_\_\_\_\_, solicito el anillo anticonceptivo vaginal como mi método de planificación familiar.

Recibí un panfleto (que se incluye con cada anillo) que tiene información acerca de los beneficios y riesgos del anillo anticonceptivo vaginal y cómo usarlo de manera correcta.

Entiendo que ningún método anticonceptivo es perfecto y que algunas mujeres han quedado embarazadas mientras usan el anillo (8 de cada 100 mujeres durante el primer año de uso típico).

Entiendo que el anillo no me protegerá contra las infecciones de transmisión sexual y que debo usar condones para protegerme contra estas infecciones.

Entiendo que algunos medicamentos pueden interactuar con el anillo para disminuir su eficacia. Sé que es importante informar a todos mis proveedores de atención médica que estoy usando el anillo.

Entiendo que mientras uso el anillo, las posibilidades de presentar problemas médicos aumentan con algunas condiciones como:

- Fumar cigarrillos
- Colesterol alto
- Ser mayor de 35 años
- Diabetes
- Presión arterial alta o hipertensión

Entiendo que es importante informar a mi proveedor de atención médica si alguna vez he tenido alguno de los siguientes problemas antes de usar el anillo:

- Coágulos de sangre en los pulmones, las piernas o el cerebro
- Sangrado inexplicable de la vagina
- Inflamación de las venas
- Cáncer de seno o útero
- Enfermedad hepática
- Enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular

Entiendo que los efectos secundarios asociados a veces con el anillo incluyen:

- Náuseas y vómitos
- Aumento o pérdida de peso
- Sensibilidad en los senos
- Sangrado ligero entre periodos
- Secreción vaginal

Sé que debo prestar atención a “A.C.H.E.S.” como señales de peligro y comunicarme con un proveedor de atención médica inmediatamente si se presentan estos signos:

- Abdominal pains (Dolores abdominales)
- Chest pains or shortness of breath (Dolores en el pecho o falta de aliento)
- Headaches (severe), numbness, or dizziness (Dolores de cabeza [fuertes] entumecimiento o mareo)
- Eye problems such as blurred vision or double vision (Problemas oculares, como visión borrosa o doble)
- Severe leg pain (Dolor fuerte en la pierna)

He tenido la oportunidad de hacer preguntas, todas las cuales han sido respondidas.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del cliente: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Si fue necesario traducir el CONSENTIMIENTO PARA NUVARING® – ANILLO ANTICONCEPTIVO VAGINAL:

- Se ofreció un traductor al cliente.  sí  no
- El cliente optó por usar su propio traductor.  sí  no
- Se ha traducido oralmente este formulario al cliente en su idioma materno.
- Idioma al que se tradujo: \_\_\_\_\_
- Traducción realizada por: \_\_\_\_\_  
(escriba el nombre del traductor en letra imprenta o a máquina)
- Traductor empleado por, o relación con el cliente: \_\_\_\_\_
- Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del traductor: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

- El cliente leyó personalmente este formulario o un intérprete se lo leyó un traductor u otra persona.
- El cliente afirma que entiende esta información.
- El cliente ha indicado que no tiene más preguntas.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del personal: \_\_\_\_\_