

CONSENTIMIENTO PARA ORTHO EVRA® - PARCHES ANTICONCEPTIVOS

Yo, (escriba su nombre en letra imprenta o a máquina) _____, solicito el parche anticonceptivo como mi método de planificación familiar.

Recibí un panfleto (que se incluye en cada caja de parches) que tiene información acerca de los beneficios y riesgos del parche y cómo aplicarlo de manera correcta.

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

Entiendo que el parche es menos eficaz en mujeres que pesan 190 lbs o más. Si decido usar el parche en este caso, entiendo que el riesgo de quedar embarazada puede aumentar, y que mi proveedor de atención médica recomienda que use un segundo tipo de anticonceptivo, como condones, además del parche anticonceptivo.

Entiendo que el parche 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 parche y disminuir su eficacia. Sé que es importante informar a todos mis proveedores de atención médica que estoy usando el parche.

Entiendo que mientras uso el parche, 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 parche:

- 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 parche incluyen:

- Náuseas y vómitos
- Aumento o pérdida de peso
- Sensibilidad en los senos
- Sangrado ligero entre periodos
- Irritación de la piel

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)

Entiendo que al usar el parche anticonceptivo tendré un nivel general más alto de estrógenos en mi organismo que si hubiera usado la píldora anticonceptiva típica. Este nivel de estrógenos más alto puede aumentar mi riesgo de efectos secundarios, incluidos coágulos de sangre en los pulmones o las piernas.

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

Fecha: _____ Firma del cliente: _____

Si fue necesario traducir el CONSENTIMIENTO PARA ORTHO EVRA – PARCHÉ ANTICONCEPTIVO:

- 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: _____