

EDUCACIÓN DEL CLIENTE PARA EL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO

(Puede usar la información proporcionada por el fabricante)

Entiendo la Etiqueta para el paciente de IMPLANON®/NEXPLANON®. Analicé el implante con mi proveedor de atención médica, quien respondió todas mis preguntas. Entiendo que el uso del implante tiene beneficios y riesgos. Entiendo que existen otros métodos anticonceptivos y que cada uno tiene sus propios beneficios y riesgos.

Asimismo, entiendo que este Formulario de consentimiento del paciente es importante. Entiendo que debo firmar este formulario para demostrar que estoy tomando una decisión informada y cuidadosa en cuanto al uso de IMPLANON®/NEXPLANON®, y que leí y entiendo los siguientes puntos:

- El implante ayuda a evitar que me embarace.
- Ningún método anticonceptivo es 100% eficaz, incluido el implante.
- IMPLANON®/NEXPLANON® está compuesto por una hormona mezclada en una varilla plástica.
- Es importante que IMPLANON®/NEXPLANON® se inserte en el momento correcto de mi ciclo menstrual.
- Una vez que IMPLANON®/NEXPLANON® se ha insertado, debo verificar que esté bien ubicado al presionar suavemente las puntas de los dedos sobre la piel de mi brazo en el lugar de inserción. Debo poder sentir la pequeña varilla.
- IMPLANON®/NEXPLANON® se debe quitar al final de tres años, pero se puede quitar antes si lo deseo.
- Si tengo problemas para ubicar a un proveedor de atención médica que retire el implante IMPLANON®/NEXPLANON®, puedo llamar al 1-877- IMPLANON® (1-877-467-5266) para solicitar ayuda.
- El implante se coloca debajo de la piel de mi brazo durante un procedimiento que se lleva a cabo en el consultorio de mi proveedor de atención médica. Existe un leve riesgo de que este procedimiento cause una cicatriz o una infección.
- Por lo general, el retiro es un pequeño procedimiento en consultorio. Sin embargo, el retiro puede ser difícil. Con poca frecuencia, no es posible ubicar el implante cuando es el momento de retirarlo. Es posible que se requieran procedimientos especiales, incluida una cirugía en el hospital. Los retiros complejos pueden causar dolor y cicatrices. Si IMPLANON®/NEXPLANON® no se puede encontrar/retirar, sus efectos pueden continuar mientras está insertado, incluso después de los tres años.
- La mayoría de las mujeres experimentan cambios en su sangrado menstrual al usar IMPLANON®/NEXPLANON®. Mi sangrado puede ser irregular, más ligero o más abundante, o mi sangrado puede detenerse por completo. Si creo que estoy embarazada, debo consultar a mi proveedor de atención médica lo antes posible.
- Entiendo los signos de advertencia de problemas de IMPLANON®/NEXPLANON®. Entiendo que debo solicitar atención médica si aparece algún signo de advertencia.
- Debo informar a mis proveedores de atención médica que utilizo IMPLANON®/NEXPLANON®
- Necesito realizarme un control médico en forma habitual y en cualquier momento que tenga problemas.
- IMPLANON®/NEXPLANON® no me protege contra la infección por VIH (SIDA) o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual.

**CONSENTIMIENTO PARA IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO
(O USE EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL FABRICANTE)**

Yo, (escriba su nombre en letra imprenta o a máquina) _____,
solicito el implante conceptivo subdérmico (IMPLANON®/NEXPLANON®) como método de
planificación familiar.

Entiendo que el implante tiene una duración de 3 años, y recibí información acerca de los
beneficios, riesgos, efectos secundarios y uso de un implante anticonceptivo subdérmico como
mi método anticonceptivo.

Entiendo que ningún método anticonceptivo es perfecto y que algunas mujeres han quedado
embarazadas mientras usan el implante (1 de cada 1000 mujeres durante el primer año de uso).

Entiendo que el implante no me protegerá contra la infección por VIH u otras infecciones de
transmisión sexual y que debo usar condones para protegerme contra estas infecciones.

Entiendo que algunos medicamentos pueden interactuar con el implante y disminuir su eficacia
como anticonceptivo. Sé que es importante informar a todos mis proveedores de atención
médica que estoy usando un implante anticonceptivo.

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 implante anticonceptivo subdérmico:

- 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 es importante informar a mi proveedor de atención médica si alguna vez he tenido
alguno de los siguientes problemas, de modo que mi proveedor de atención médica pueda
explicar los problemas que se pueden presentar si uso un implante anticonceptivo subdérmico:

- Diabetes
- Colesterol alto
- Dolores de cabeza
- Convulsiones o epilepsia
- Enfermedad de la vesícula biliar o renal
- Depresión
- Presión arterial alta o hipertensión

Entiendo que los efectos secundarios asociados a veces con el implante anticonceptivo
subdérmico incluyen:

- Cambios en el patrón de sangrado menstrual, o incluso la ausencia de periodos
- Manchado o sangrado entre periodos
- Aumento de peso

- Dolores de cabeza
- Acné
- Depresión, cambios en el estado de ánimo, nerviosismo

Entiendo que algunos problemas pueden estar relacionados con la inserción o el retiro del implante:

- Dolor, irritación, inflamación o hematomas en el lugar de inserción/retiro en el brazo
- Tejido cicatricial grueso alrededor del implante que dificulta su retiro
- Infección en el lugar de inserción/retiro
- Necesidad de hospitalización para retirar el implante (usted es responsable del costo)
- IMPLANON®/NEXPLANON® se debe quitar al final de tres años, pero se puede quitar antes si lo desea.
- Si tengo problemas para ubicar a un proveedor de atención médica que retire el implante IMPLANON®/NEXPLANON®, puedo llamar al **1-877- IMPLANON® (1-877-467-5266)** para solicitar ayuda.

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: _____

Complete lo siguiente si fue necesario interpretar el consentimiento informado:

- Se ofreció un intérprete al cliente. Sí No
- Se ha leído este formulario al cliente en su idioma materno. Sí No
- Idioma del paciente (especifique): _____
- Nombre del intérprete: _____
(escriba su nombre en letra imprenta o a máquina)
- Servicios de interpretación proporcionados por (agencia): _____
- Fecha: _____ Firma del intérprete: _____

Para uso exclusivo del personal:

Mediante mi firma, confirmo que:

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

Fecha: _____ Firma del personal: _____