

CONSENTIMIENTO PARA EL PLAN B® PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS
DE EMERGENCIA

Yo, (imprima o escriba el nombre a máquina) _____
_____, solicito el Plan B® píldoras anticonceptivas de emergencia para
minimizar un posible riesgo de embarazo. Entiendo que este no es un método principal
de anticoncepción.

He recibido instrucciones (incluidas en cada paquete del Plan B) que tienen información
acerca de los beneficios y riesgos del Plan B y sé cómo tomar debidamente el Plan B.

Entiendo que la toma del Plan B no impide el embarazo en un 100% de los casos. Se
producen algunos embarazos. A pesar de esto, deseo tratar de impedir el embarazo en
este momento.

Entiendo que el riesgo de desarrollo de defectos congénitos en el feto es desconocido y
que si el tratamiento falla, debo aceptar el riesgo si decidiera continuar con este
embarazo. Hasta el momento, no se ha detectado un aumento conocido en el riesgo
para el feto de anomalías congénitas.

Entiendo que los posibles efectos secundarios del Plan B pueden incluir:

- Náusea y vómito
- Sensibilidad en los pechos
- Dolores de cabeza y mareo
- Cansancio
- Hemorragia vaginal irregular
- Dolor abdominal
- Trastornos del ciclo menstrual
- Diarrea

Entiendo que si veo a un proveedor de cuidados de salud por cualquier motivo antes de
tener la regla, debiera informarle que he tomado el Plan B.

Entiendo que debiera esperar mi menstruación entre 1 y 3 semanas y estoy de acuerdo
en realizar una prueba de embarazo si no se ha presentado en ese tiempo. Informaré a
un proveedor de cuidados de salud de cualquier dolor abdominal bajo intenso. Puede
ser una señal de una dolencia más grave tal como un embarazo ectópico (embarazo
fuera del útero).

Entiendo que el Plan B no me protegerá contra el embarazo del coito sin precauciones
después de haber tomado el Plan B.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han contestado.

Fecha: _____ Firma del cliente: _____

Si se requirió la traducción del PLAN B PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA:

- Se ofreció un traductor al cliente. sí no

- El cliente escogió usar su propio traductor. sí no

- Este formulario ha sido traducido oralmente para el cliente en la lengua materna del cliente.

- Idioma traducido: _____

- Traducción suministrada por: _____
(imprima o escriba el nombre del traductor)

- Traductor empleado por, o parentesco con el cliente: _____

- Fecha: _____ Firma del traductor: _____

- El cliente ha leído el formulario o un traductor u otra persona se lo han leído.
- El cliente afirma que entiende esta información.
- El cliente ha indicado que no tiene más preguntas.

Fecha: _____ Firma del personal: _____