

## CONSENTIMIENTO PARA ORTHO EVRA® - PARCHES ANTICONCEPTIVOS

Yo, (imprima o escriba el nombre a máquina) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, solicito el parche anticonceptivo como mi método de planificación familiar.

He recibido un folleto (incluido en cada caja de parches) que tiene información acerca de los beneficios y riesgos del parche y cómo se debe aplicar debidamente el mismo.

Entiendo que ningún método anticonceptivo es perfecto y que algunas mujeres se han quedado embarazadas mientras usaban el parche (1 de cada 100 mujeres durante el primer año de uso).

Entiendo que el parche no me protegerá de infecciones transmitidas sexualmente y que necesito usar condones para la protección contra esas infecciones.

Entiendo que ciertas medicinas pueden interactuar con el parche para disminuir la eficacia del mismo. Sé que es importante decir a mis proveedores de cuidados de salud que estoy usando el parche.

Entiendo que al usar el parche, las probabilidades de desarrollar problemas de salud aumentan con ciertas condiciones tales como:

- Fumar cigarrillos
- Colesterol alto
- 35 años o más
- Diabetes
- Alta presión sanguínea

Entiendo que es importante decir a mi proveedor de cuidados de salud si alguna vez he tenido cualquiera de las siguientes enfermedades antes de usar el parche:

- Coágulos de sangre en los pulmones, piernas o cerebro
- Hemorragia inexplicable de la vagina
- Inflamación de las venas
- Cáncer de pecho o útero
- Enfermedad del hígado
- Enfermedad del corazón o derrame cerebral

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

- Náusea y vómito
- Ganancia o pérdida de peso
- Sensibilidad en los pechos
- Manchado entre períodos
- Irritación de la piel

Sé que tengo que tener cuidado con “A.C.H.E.S.” como señales de peligro y para contactar al proveedor de cuidados de salud inmediatamente si estos síntomas ocurren:

- Dolores Abdominales
- Dolores de pecho y falta de aliento
- Dolores de cabeza (severos), entumecimiento o mareo
- Problemas visuales tales como vista nublada o doble visión
- Dolor agudo de piernas

Entiendo que usando el parche anticonceptivo tendré un nivel general más alto de estrógeno en mi cuerpo que si hubiera usado la típica píldora anticonceptiva. Este nivel más alto de estrógeno puede aumentar mi riesgo de efectos secundarios, incluyendo coágulos de sangre en los pulmones o piernas.

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

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

\*\*\*\*\*

**Si se requirió la traducción del CONSENTIMIENTO PARA ORTHO VERA –  
PARCHE ANTICONCEPTIVO:**

- 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: \_\_\_\_\_