

CONSENTIMIENTO POR ANTICONCEPTIVOS ORALES (PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS)

Yo, (imprima o escriba el nombre a máquina) _____, solicito píldoras anticonceptivas (“la Píldora”) como mi método de planificación familiar.

He recibido un folleto (incluido en cada paquete de píldoras) que tiene información acerca de los beneficios y riesgos de las píldoras anticonceptivas y cómo se deben tomar debidamente.

Entiendo que ningún método anticonceptivo es perfecto y que algunas mujeres se han quedado embarazadas mientras usaban la Píldora (3 de cada 1000 mujeres durante el primer año de uso perfecto).

Entiendo que la Píldora 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 la Píldora para disminuir la eficacia de la misma. Sé que es importante decir a mis proveedores de cuidados de salud que estoy usando la Píldora.

Entiendo que al tomar la Píldora, 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 la Píldora:

- 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 la Píldora incluyen:

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

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

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

Fecha: _____ Firma del cliente: _____

Si se requirió la traducción del CONSENTIMIENTO PARA ANTICONCEPTIVOS ORALES – (PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS):

- 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: _____