

CONSENTIMIENTO PARA RETIRO DE NORPLANT®

Yo, (escriba su nombre en letra imprenta o a máquina) _____, solicito el retiro de Norplant® como mi método de planificación familiar. Se ha dado respuesta a todas mis preguntas y se me han informado los riesgos que implica el retiro de Norplant®. Consideré estos factores y elijo voluntariamente que se retiren las cápsulas Norplant®. Entiendo que soy responsable de buscar otro método anticonceptivo si lo deseo.

Entiendo lo siguiente sobre la forma en que se retira el Norplant®:

- Durante el proceso, debo acostarme boca arriba en la camilla.
- Después de limpiar el lugar de retiro en mi brazo, se inyecta un anestésico local.
- Se realizará una pequeña incisión de aproximadamente ¼ pulg. con un bisturí. Después de sanar puedo tener una pequeña cicatriz.
- Las cápsulas de Norplant® luego se separan del tejido circundante y se retiran. En algunos casos, el retiro de las cápsulas puede ser difícil. Es posible que sea necesario hacer una segunda incisión para retirar todas las cápsulas de Norplant®.
- Posiblemente se me pida que regrese dentro de 4 a 6 semanas (una vez que el lugar haya sanado) para retirar las cápsulas restantes.
- En caso de un retiro complejo, es posible que se me derive a otro proveedor (a mi costo) para que se retiren todas las cápsulas bajo anestesia.
- Por lo general, el retiro tarda entre 20 y 30 minutos.

Me pondré en contacto con mi proveedor si se presentan los siguientes signos de advertencia de posibles problemas:

- Enrojecimiento, pus o sangrado en el lugar de retiro
- Inflamación, hematomas
- Fiebre
- Reacción a la anestesia

Entiendo que dentro de las 24 horas siguientes al retiro, la mayoría de las mujeres regresan para su tasa global de fecundidad previa a la inserción; por lo tanto, debo comenzar a usar otro método inmediatamente si deseo tener un método anticonceptivo

Revisé este consentimiento y se ha dado respuesta a todas mis preguntas. Elijo voluntariamente que se retiren las cápsulas de Norplant®.

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: _____
