

**CONDADO DE PINAL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DIVISIÓN DE SALUD PUBLICO
Programa De Planificación Familiar**

CONSENTIMIENTO PARA CONTRACEPTIVOS ORALES (PASTILLAS)

Initials

Por favor lea con cuidado y pregunte sus cuestiones si ud. No entende algo.

___ Estoy enterada que hay otros metodos anticonceptivos que puedo escoger incluyendo:

- | | |
|----------------------------|--|
| *Abstinencia | *Espuma Contraceptiva o telilla anticonceptiva |
| *Depo-Provera (inyeccion) | *Planificacion Familiar Natural |
| *Diafragma y crema o jalea | *Esterilizacion para Hombres |
| *Condomes | *Esterilizacion para Mujeres |
| *DUI (aparato) | *Nexplanon/Implanon |

___ Se me ha informado como trabaja la pastilla para prevenir el embarazo.

___ Se me ha informado que se toman la pastilla exactamente como fui instruida se previene el embarazo en casi 100% de las mujeres usando el metodo. Sin embargo en uso actual 9% de las mujeres usando las pastilla salen embarazadas durante el primer año.

___ He sido informada de los **beneficios, desventajas, y riesgos** conocidos del las pastillas.

___ He sido informada de los efectos adversos posibles de la pastilla:

___ He sido informada que la pastilla, algunas veces puede causar problemas serios de la salud.

Problemas:

Coagulos en las Piernas o Pulmones
Embolia Cerebral
Alta Presion

Ataque del Corazon
Enfermedad del Hgado
Enfermedad de la Vesicula
Muerte (Raro)

Señales de Peligro:(vea a un medico o llame a la clinica inmediatamente)

Dolore Abdominal severo
Dolores de Pecho severo o dificultad para respirar
Fuertes dolores de Cabeza con mareos, debilidad y Entumecimiento
Ojo problemas borosa o vision doble o pérdida de la visión
Dolor de pantorrilla o el muslo de la Pierna

___ Se me ha informado que el riesgo de problemas serios en la salud con la pastilla, aumenta para mujeres 35 años o mas de edad o para las que fumen.

___ He recibido instrucciones como y cuando tomar la pastilla.

___ Yo entiendo con usar la pastilla, no me protege la pastilla contra el virus de SIDA o otras enfermedades contraidas Cuando personas tienen sexo (enfermedades transmitidas sexualmente, ETS). Yo entiendo si uso los condones de "Latex" puedo prevenir ETS's y el SIDA.

___ He sido informada de las **Señales de Peligro (ACHES)** con la pastilla y se como, cuando y adonde obtener cuidado medico.

___ Me han sido contestado todas mis preguntas. Yo estoy de acuerdo que es mi responsabilidad regresar a la clinica como me han avisado.

___ Entiendo la información mencionada, Y yo escojo usar contraceptivos orales (pastilla).

FIRMA: _____

FECHA: _____

TESTIGO: _____

FECHA: _____