

CONDADO DE PINAL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DIVISIÓN DE SALUD PUBLICO
Programa De Planificación Familiar
CONSENTIMIENTO PARA PASTILLAS ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA (ECP)

Iniciales

- ___ Antes de dar su consentimiento, esté segura que entiende las ventajas y desventajas del uso de “ECP”. Si tiene preguntas, estamos lista para contestarlas con ud. Puede tener cambio de mente antes de tomar este medicamento. Acuerdese, su consentimiento es completamente voluntario.
- ___ Se me ha informado que “ECP” contiene una combinación de hormonas que trabajan para prevenir embarazo. Estas pastillas se toman después de tener sexo por la vagina sin protección. (No usaron anticonceptivos) Son para el tratamiento de emergencia solamente y no de uso rutinario de anticonceptivo. Plan B –One Step es usado en nuestras clínicas como “ECP”.
- ___ Se me ha informado que “ECP’s” son pastillas anticonceptivas cuando se toman diferentes. Entiendo que el U.S. Food and Drug Administration (Administración de Comida Y drogas de los E.U.) han dicho que el uso de ciertas pastillas de anticonceptivas son sin riesgo y efectivas para emergencias.
- ___ Se me ha informado que “ECP’s” pueden trabajar según con prevenir o atrasar el salir del óvulo de los ovarios, evitando fertilización, o causando cambios en la túnica de la matriz que no deja que se implante el óvulo fertilizado. Entiendo que si ya estoy embarazada, “ECP’s” no van a parar el embarazo.
- ___ Entiendo que el medicamento debe ser tomado lo más pronto posible después de tener sexo sin protección y debe ser tomado dentro de 5 días (120 horas) después de ese sexo.
- ___ Se me ha informado que “ECP’s” no son 100% efectivas..
- ___ Se me ha informado que información a la mano, indica que no hay riesgo al feto si el tratamiento falla, “los pocos estudios de crecimiento y desarrollo infantil que se han llevado a cabo con píldoras de solo progestina no han demostrado efectos adversos significativos.”
- ___ Se me ha informado que las pastillas pueden causar lo siguiente:
- * náusea y vómito
 - * cansancio
 - * mareados
 - * ternura de pechos
 - * periodos antes de tiempo o tardados
- ___ Se me ha informado que debo volver a la clínica o hacer una prueba de embarazo en mi casa si mi periodo no me ha comensado dentro de 3 semanas después del tratamiento.
- ___ Mi firma debajo indica que he leído y entiendo la información antedicho y yo voluntariamente consento el uso de pastillas anticonceptiva de emergencia. (ECP).

Firmado: _____ Fecha: _____

Witness: _____ Date: _____
(Testigo) (Fecha)