



**SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE PINAL**

**CONSENTIMIENTO PAR LAS PASTILAS DE PROGESTINA**

Porfavor lea la informacion con cuidado si a entendido porfavor ponga sus inciales y aga preguntas si hay algo que no entinda o necesita mas aclaracion.

\_\_\_ Estoy enterada que hay otros metodos anticonceptivos que puedo escoger incluyendo:

- \*Abstinencia
- \*Depo-Provera (inyeccion)
- \*Diafragma y crema, o jalea
- \*Condomes
- \*DIU (Dispositivo)
- \*Anillo Vaginal
- \*Espuma anticonceptiva, CAPA Anticonceptiva
- \*Planificacion de familia/ Conciencia sobre fertilidada
- \*Esterilizacion para hombres y mujeres
- \*Esterilizacion para Mujeres
- \*Nexplanon/Implanon (Implante)
- \*Pache de hormonas

\_\_\_ Entiendo que las patillas de Progestina solo previenen embarazos.

\_\_\_ He sido informada que mientras este tomando las pastillas como indicado, embarazos son prevenidos un 99.7% de las mujeres usando el metodo. Sin embargo, usando la pastille diariamente, 9% de las mujeres usando las pastillas de Progestina se embarazaran en el primer ano de uso y 33.3% de las mujeres discontinuarian debido a sintomas o para amamantar.

\_\_\_ He sido informada de los **beneficios, desventajas, posibles riesgos y efectos** secundarios de usar la pastilla de Progestina.

\_\_\_ He recibido instrucciones de como y cuando toma la pastille de Progestina.

\_\_\_ Me an informada sobre las senales de peligro. Yo se cuando, donde, y como obtener cuidado medico.

\_\_\_ Entiendo que usar pastillas de Progestina no me protégé del virus del VIH/Sida u otras enfermedades. Las personas pueden oten enfermedades venereas teniendo sexo. Yo entiendo que usar condones de latex pueden prevenir enfermedades de transmicion sexual y VIH/Sida u otras enfermedades.

\_\_\_ He tenido tiempo de aclarar y hacer preguntas con mi proveedor. Entiendo es mi responsabilidad regresar a la clinica como indicado.

\_\_\_ Mi firma indica que he leído y entendido la informacion dada y libremente consiento usar las pastillas de Progestina como metodo anticonceptivo.

FIRMA del CLIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
FIRMA del TESTIGO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_