



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

Consentimiento informado sobre la inserción de un DIU

Esta información se le proporciona para que usted pueda decidir con fundamento si acepta la **inserción de un DIU**.

Razón y propósito del procedimiento

DIU es la sigla de dispositivo intrauterino. Es un tipo de método anticonceptivo. En algunos casos, se puede usar un DIU para controlar el sangrado excesivo. Es un pequeño dispositivo en forma de T que se coloca en el útero. Hay diferentes tipos de DIU. Su proveedor hablará con usted sobre las opciones.

Algunas mujeres tienen sangrado profuso y calambres después de colocado el DIU. Algunas mujeres tienen pequeñas pérdidas los primeros meses. El motivo más común para retirar un DIU son los sangrados irregulares.

Los DIU son eficaces por muchos años. Su médico le informará cuánto durará el suyo.

Beneficios de este procedimiento

Usted puede recibir los siguientes beneficios. Su médico no puede prometerle que recibirá alguno de estos beneficios. Solo usted puede decidir si los beneficios valen la pena el riesgo.

- Prevención del embarazo. Menos de 1 de cada 100 mujeres con un DIU quedará embarazada cada año.
- Disminuir sangrados profusos.

Riesgos del procedimiento

Ningún procedimiento está totalmente libre de riesgos. Algunos riesgos son bien conocidos. Puede haber riesgos no incluidos en la lista que su médico no pueda anticipar.

Riesgos de este procedimiento

- **Si el DIU se sale usted puede quedar embarazada.**
- **Si queda embarazada será necesario retirar el DIU.** Esto podría causar un aborto espontáneo.
- **El DIU puede atravesar la pared del útero.** Podría migrar o moverse a través de la pared del útero. Esto podría verse de inmediato. A veces no se puede ver de inmediato. Esto requerirá cirugía para solucionarlo.
- **Infección.** La mayoría de las infecciones ocurren durante las primeras 3 semanas. Esto requerirá antibióticos.
- **Los DIU se fabrican con materiales diferentes.** Usted podría ser alérgica o presentar hipersensibilidad al material con el cual está hecho el DIU.

Riesgos asociados con fumar

Fumar está vinculado con un aumento del riesgo de infecciones. También puede llevar a complicaciones cardíacas y pulmonares y a la formación de coágulos.

Riesgos asociados con la obesidad

La obesidad está vinculada con un aumento del riesgo de infecciones. También puede llevar a complicaciones cardíacas y pulmonares y a la formación de coágulos.

Riesgos específicos para usted

Tratamientos alternativos**Otras opciones**

- Hable con su proveedor sobre otros tipos de métodos anticonceptivos.
- Hable con su proveedor sobre otras formas de tratar el sangrado profuso.

Si decide que no se realice este tratamiento

- Podría quedar embarazada.

Información general

- Durante este procedimiento, el médico podría tener que realizar más procedimientos o procedimientos nuevos que los que acordé.
- Durante el procedimiento el médico podría tener que hacer más pruebas o tratamientos.
- Los tejidos u órganos tomados de mi cuerpo podrían ser sometidos a pruebas. Podrían guardarse para fines de investigación o enseñanza. Acepto que el hospital los deseche de un modo adecuado.
- Los alumnos, personas de ventas técnicas y otros integrantes del personal podrían estar presentes durante el procedimiento. Mi médico los supervisará.
- Se podrían tomar fotografías o grabar videos durante el procedimiento. Estos podrían agregarse a mi historial médico. Estos podrían publicarse con fines de enseñanza. Se protegerá mi identidad.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nac.: _____

Al firmar este formulario acepto lo siguiente

- He leído este formulario o el mismo me fue explicado con palabras que puedo comprender.
- Entiendo su contenido.
- He tenido tiempo para hablar con el médico. Mis preguntas fueron respondidas.
- Deseo que se me realice este procedimiento: **Inserción de un DIU.**
- Entiendo que mi médico podría pedirle a un colega que realice el procedimiento.
- Entiendo que otros médicos, incluidos los médicos residentes, u otros integrantes del personal podrían ayudar con la cirugía. Las tareas se basarán en su nivel de aptitud. Mi médico los supervisará.

Proveedor: Este paciente podría requerir una prueba de grupo y compatibilidad o de grupo y compatibilidad cruzada, antes de la cirugía. Si así fuera, por favor obtenga el consentimiento para la sangre o los hemoderivados.

Firma del paciente _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relación: Paciente Pariente más cercano (relación) _____ Tutor

Declaración del Intérprete: He traducido este formulario de consentimiento y la explicación que le dio el médico al paciente, al padre o la madre, al familiar más cercano o al tutor legal.

Intérprete: _____ Fecha _____ Hora _____

Intérprete (si corresponde)

SOLO para Uso del Proveedor:

Le he explicado la naturaleza, el propósito, los riesgos, los beneficios, las posibles consecuencias de no recibir tratamiento, las opciones alternativas y la posibilidad de complicaciones y efectos secundarios de la intervención que se pretende realizar; he respondido las preguntas, y el paciente ha aceptado que se realice el procedimiento.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Explicación del paciente

Le he explicado la naturaleza, el propósito, los riesgos, los beneficios, las posibles consecuencias de no recibir tratamiento, las opciones alternativas y la posibilidad de complicaciones y efectos secundarios de la intervención que se pretende realizar; he respondido las preguntas, y el paciente ha aceptado que se realice el procedimiento.

El paciente muestra comprensión al relatar en sus propias palabras:

____ Las razones para el tratamiento o procedimiento: _____

____ Las zonas del cuerpo que serán afectadas: _____

____ Los beneficios del procedimiento: _____

____ Los riesgos del procedimiento: _____

____ Las alternativas al procedimiento: _____

O

____ La paciente decide no proceder: _____ Fecha: _____ Hora: _____

(firma del paciente)

Validado/Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____