

Consentimiento DIU

He leído el folleto de información para el paciente y he tenido mis preguntas sobre el DIU _____. Respondido y soy plenamente consciente de los posibles riesgos involucrados, que incluyen, entre otros:

- Embarazo: intrauterino o ectópico (embarazo en las trompas de Falopio).
- Infección pélvica, dolor pélvico, infertilidad o necesidad de cirugía pélvica.
- Expulsión (caída del útero).
- El DIU se incrusta en el útero o perfora la pared uterina hasta el abdomen.
- Aumento de los cólicos, el sangrado, los mareos o los desmayos mientras se inserta el DIU.
- Aborto espontáneo.

Al firmar este formulario, estoy indicando que he discutido cualquier pregunta o inquietud con mis médicos, y les he dicho verbalmente a los médicos que entiendo la información proporcionada.

Nombre del Paciente: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____

Firma del Paciente: _____ Fecha del Encuentro: ____/____/____

Doctor: _____ Firma del Médico: _____