

Consentimiento De Depo-Provera

Nombre del Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: ____/____/____

He leído la hoja informativa en su totalidad y he discutido su contenido con mi médico. Mi médico ha respondido a todas mis preguntas y me ha aconsejado sobre los riesgos y beneficios asociados con el uso de DEPO PROVERA, con otras formas de anticoncepción y sin ningún método anticonceptivo.

Conozco los otros métodos anticonceptivos que podría usar para prevenir el embarazo. He considerado todos estos factores y elijo voluntariamente recibir las inyecciones de DEPO-PROVERA cada 12 semanas, pero sin exceder los 2 años a menos que lo apruebe un médico.

Me doy cuenta de que es mi responsabilidad hacer mi cita anticonceptiva de 12 semanas. Me doy cuenta de que es mi responsabilidad tomar 1500 mg de calcio al día mientras reciba la inyección indicada anteriormente.

Entiendo que debo usar un anticonceptivo adicional durante dos (2) semanas después de mi primera inyección.

Puede comprar DEPO-PROVERA con una receta escrita de su médico. La receta se puede surtir en la Farmacia de Salud Estudiantil de Tulane o en cualquier farmacia de su elección. Las inyecciones de DEPO-PROVERA se administran solo con cita programada.

Firma del Paciente: _____

Fecha: ____/____/____