

(Nombre de la clínica)
(Información de contacto de la clínica)

Consentimiento de eliminación del dispositivo intrauterino (DIU)

Nombre _____ DOB _____ Gráfico No. _____

_____ Estoy solicitando que me saquen mi dispositivo intrauterino (DIU) hoy.

_____ He sido informado y entiendo que puedo quedar embarazada justo después de que se saque el DIU. Si no quiero quedar embarazada después de que se saque el DIU, es posible que me pongan un nuevo DIU hoy o que elija un método anticonceptivo diferente comience hoy.

_____ He sido informado y entiendo lo que sucederá antes, durante y después de que se elimine el DIU.

_____ He sido informado y entiendo que si el proveedor es incapaz de eliminar mi DIU, puedo ser referido a otro proveedor que puede hacer una ecografía y quitar el dispositivo utilizando otro método. Entiendo que se hará todo lo posible para referirme a otro proveedor que ofrezca una escala de descuento de tarifa deslizante, sin embargo, puedo ser financieramente responsable ante ese proveedor.

_____ I han sido informados y entiendo que puedo tener algo de sangrado, calambres o dolor con el procedimiento de eliminación del DIU y puede continuar por un corto tiempo después.

_____ Este formulario me ha sido completamente explicado, lo he leído o me lo han leído, y entiendo su contenido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Todas mis preguntas e inquietudes han sido respondidas. También me han ofrecido otros servicios anticonceptivos solicitados o salud preconcebida como se indica. Entiendo además mi responsabilidad de llamar a la clínica con cualquier pregunta o inquietud.

_____ I han leído y entendido este formulario y les gustaría proceder teniendo mi _____

Se eliminó el DIU hoy.

Nombre del cliente
(impreso) _____

Signatura del cliente _____ Date _____

Signatura testigo clínico _____ Date _____