**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**COLOCACIÓN DE IMPLANTE SUBDÉRMICO**

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

Yo: $pacientenombre de $pacienteedad años, DECLARO que el personal médico de Clínica Centro Médico Mujer me ha orientado sobre métodos anticonceptivos disponibles, sus ventajas y desventajas, riesgos y efectos secundarios; que para dicha elección se ha considerado mi estado de salud actual mediante el historial clínico que he proporcionado y que comprendo la información recibida, tras lo cual he decidido libremente la colocación de un IMPLANTE SUBDÉRMICO ANTICONCEPTIVO DE UNA VARILLA

Comprendo que:

* Consiste en la inserción de UNA varilla de plástico debajo de la piel en la cara interna del brazo no dominante.
* Se realiza bajo anestesia local subcutánea (lidocaína al 2%) con el fin de disminuir o evitar dolor durante el proceso de colocación.
* La efectividad anticonceptiva brindada por el implante es mayor al 99% (tasa de embarazo con el uso típico es o.o5%).
* Su duración máxima es de 3 años, y debe retirarse una vez finalizados o en el momento que así se decida.
* Se puede colocar un implante nuevo de forma inmediata al finalizar el tiempo de duración de un implante previo siempre y cuando no se desea un embarazo a corto plazo.
* Las complicaciones que pueden aparecer en la zona de la colocación del implante, al momento de la inserción o extracción, son:
* Hematoma y/o hemorragia, se colocará vendaje compresivo el cual se mantendrá por 24 hrs.
* Infección
* Alergia a anestesia local
* Fibrosis
* Cicatriz queloide
* Dificultad en la extracción
* Calambres en el brazo
* Los efectos secundarios del implante, dependiendo de cada organismo, pueden ser:
* **Muy comunes (1 de cada 10 pacientes):** dolor de cabeza, acné, sensibilidad y dolor en mamas, alteración del sangrado menstrual: disminución, ausencia, manchado intermitente y, en raras ocasiones aumento del sangrado.
* **Comunes (1 de cada 100 pacientes):** aumento del apetito, labilidad emocional, disminución de la líbido, bochorno, náuseas, caída de cabello, quistes no hemorrágicos de ovario, pérdida de peso.
* **Poco comunes (1 de cada 1000 pacientes):** ansiedad, insomnio, estreñimiento o diarrea, dolor osteomuscular, galactorrea.

He comprendido la explicación que me facilitaron en un lenguaje claro y sencillo, se me ha permitido realizar todas las consultas y me han aclarado todas las dudas que he planteado. También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la inserción, uso y extracción del IMPLANTE SUBDÉRMICO ANTICONCEPTIVO DE DOS VARILLAS

En tales condiciones, libre y voluntariamente CONSIENTO que se proceda a la colocación de un IMPLANTE SUBDÉRMICO ANTICONCEPTIVO DE UNA VARILLA: IMPLANON

NOMBRE Y FIRMA DE PACIENTE $pacientenombre

NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

$doctoranombre

NOMBRE Y FIRMA DE MÉDICO QUE BRINDA INFORMACIÓN

NOTA: en caso de no presentarme en mi periodo menstrual y decidir la colocación, me comprometo a realizarme una prueba de sangre en un mes y deslindo a Centro Medico Mujer de cualquier responsabilidad.

Nombre y firma del paciente: $pacientenombre .