

WELLNESS CENTER OF DOOR COUNTY INC.

P.O. Box 85, Sturgeon Bay, WI 54325

REQUEST FOR PROVISION OF CONTRACEPTION (BIRTH CONTROL) PETICION PARA PROVISION ANTICONCEPTIVA(CONTROL DE LA NATALIDAD)

Patient Name/ Nombre del Paciente: _____ Chart# _____

Antes que usted dé su consentimiento, esté seguro de comprender ambos los pros y los contras de utilizar el control de la natalidad. Esta forma lista los problemas posibles que pueden ocurrir con el control de la natalidad y senales que indican peligro. Si usted tiene cualquier pregunta, sera nuestro placer discutirlo con usted. Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento acerca de utilizar el control de la natalidad. Recuerde que su consentimiento es enteramente voluntario y puede pedir una copia de esta forma.

He recibido un folleto que contiene información del uso, en la eficacia , beneficios médicamente reconocidos y los riesgo de los métodos disponibles del control de la natalidad y dispositivos. He revisado el folleto, comprendo mis opciones y he tenido todas mis preguntas contestadas. Comprendo que no puede haber garantía completa con respecto a la eficacia de los métodos que escojo.

Deseo prevenir embarazo y (o) recibir otros beneficios médicos en este momento. Me doy cuenta que los métodos del control de la natalidad como la píldora, el parche, el anillo o el disparo proporcionan la protección muy efectiva de embarazo si lo utilizo correctamente y lo (o) tomo a la hora.

Comprendo que además de su valor como método anticonceptivo varias mujeres experimentan los beneficios siguientes de utilizar contracepción:

- *Ciclos menstruales previsible y regulares (los períodos)
- *La longitud disminuida de períodos, pérdida menstrual de calambres, coolicos y sangre.
- *Menos pérdida de hierro (debido a menos pérdida de sangre)
- *Menos acne
- *Alguna protección de tumores no cancerosos de seno y quiste ovárico.
- *Alguna protección del cáncer ovárico y del foro uterino.
- *El riesgo disminuido de una infección de la pelvis (la enfermedad pélvica imflamatoria- PID)
- *Menos tubárico/embarazos ectópicos
- *La ausencia del período (si en Depoprovera)

Comprendo que es posible que haya menos protección de embarazo si como cantidades grandes de regaliz negro o utilizo otras medicinas con mi control de la natalidad. Esto es especialmente verdad si tomo antibióticos, medicina de toma o el St John's Wort. Comprendo que yo siempre debo hablar con mi clínico acerca de tomar otra medicina si utilizo el control de la natalidad.

Comprendo que si veo a otro proveedor de asistencia médica debo siempre informar a él/ella que estoy en el control de la natalidad.

Comprendo que si tengo razón para creer que yo quizás esté embarazada, necesito volver al dispensario tan pronto como sea posible (y dentro de 2 semanas del período perdido) para una prueba de embarazo. Yo no debo parar mi método del control de la natalidad hasta que sea evaluada y tenga una prueba confirmada de embarazo positivo.

Comprendo que usuarios del anillo, el parche o la píldora tienen una oportunidad ligeramente más grande que no- usuarios de ciertos problemas graves que pueden llegar a ser fatales en casos raros incluyendo:

- * Coagula de sangre en las piernas que pueden viajar a los pulmones
- *Ataque
- *Infarto
- * Tumores de hígado

Comprendo que oportunidades de problemas de salud aumentan sobre la edad de 35 y/o cuándo ciertos otros peligros para la salud son presentes, como:

- *El fumar más de 15 cigarrillos/ al día
- * Alta presión
- * Niveles altos de grasa de colesterol o sangre.
- *Diabetes

Comprendo que puedo necesitar prueba especial si tengo ciertas condiciones médicas que podrían llegar a ser peores al utilizar el control de la natalidad.

Comprendo que yo no puedo tener derecho a utilizar ciertos métodos anticonceptivos si cualquiera de lo siguiente existe ahora, en el pasado, o se desarrolla en el futuro:

- *Coagula de sangre en las venas o arterias
- *Afección hepática grave
- * Ataque o ciertos tipos de infarto
- * Cáncer del seno, útero o el hígado
- *Presente o futuro peso más de 195 (la eficacia del control de la natalidad de disminución solo para usuarios del parche)

Comprendo que algunas mujeres también pueden experimentar los efectos secundario siguientes/reacciones secundarias:

- * Náusea o vomito (muy raro y limitado)
- *Ternura de Seno
- * El aumento de peso o la pérdida
- * Interrupción de sangre entre cambios de períodos
- * Cambios en el apetito
- * Disminución en deseos sexuales
- * Manchas en la piel oscuras (especialmente cuando no se usa bronceador)

Comprendo que si escojo recibir el disparo como mi método anticonceptivo yo puedo experimentar cosas que son extraordinarias a Depoprovera y no hay manera de neutralizar ni invertir los efectos secundarios hasta las 13 semanas más tarde de uso del disparo.

- *Un cambio en períodos menstruales---- manchas de sangre en particular imprevisible/sangrando durante el primer año del uso
- *Aumento de apetito
- *Aumenta el riesgo de pérdida de calcio y la potencia a que los huesos se afinen --por lo tanto necesito consumir 4-5 porciones de productos lactantes (Leche, queso, yogur y el requesón) o el uso 1200mg de suplemento de calcio Todos Los Días.
- * Completa ausencia de un período que está a salvo siempre y cuando utilice este método y no experimente síntomas de embarazo.
- *La pérdida de cabello o aumenta de pelo facial (muy raro)
- *Se que tengo que mirar por los signos siguientes de peligro y buscar cuidado de emergencia en caso de:
- * Falta de aliento aguda
- * Dolor de pecho (no relacionado con ejercitar, o el resfriado de pecho)
- * Arrojar sangre al toser
- *Hinchadura excepcional, la rojez, el calor, o ternura en uno o en ambas piernas
- *Severo dolor de estómago o dolor abdominal

- *sangrado vaginal pesado (tualla sanitaria saturada o cambio de tampón por hora)
- * Dolor de cabeza severo repentino especialmente si acompañado con cambios de visión o por medicina típicamente utilizada
- * Piel u ojos de color amarillo (visite urgentemente a su proveedor de la asistencia médica recomendada)

Yo también comprendo que necesito contactar un proveedor de asistencia médica si desarrollo:

- *Depresión severa o significativa
- *Nuevo amontona en el seno
- *Los cambios en la visión como enturbiado o la diplopía
- *Ningún período después de tener un período regular (a menos que este utilizando Depoprovera o el método de continuo uso)

Comprendo que recibiré el folleto escrito del FDA con información proporcionado por la fabrica de mi método escogido del control de la natalidad y preguntare cualquier pregunta acerca de algo que yo no comprenda.

Comprendo que utilizando el control de la natalidad no protege contra enfermedades sexualmente transmitidas (Stds) y sexo impropetido puede causar la esterilidad para mí y para mi pareja(s). Comprendo que debo estar utilizando condones y o la protección de barrera para cualquier forma de actividad sexual (sexo vaginal, rectal u oral) aunque utilice el control de la natalidad.

Comprendo que visitas regulares son necesarias al utilizar el control de la natalidad , tambien estoy al tanto en cuando volver para el cuidado. Yo por el presente solicito que un representante del centro del bienestar de condado de Door, complete una evaluación y me proporcione con el método anticonceptivo que yo deseo. Comprendo que si tengo dificultad en utilizar este método, yo llamaré el centro del bienestar y/o regreso al dispensario para un método diferente /o la discusión.

Yo también comprendo que si interrumpo mi método actual del control de la natalidad (pírdó 2 o más días de píldoras; parche se cayó o pierdo el próximo disparo de Depoprovera) y tuve sexo impropetido, puedo utilizar una contracepción de emergencia o la "mañana después píldora". Puedo obtener esto por el centro de bienestar.

Firma _____ Fecha _____

8/2008