

CONSENTIMIENTO PARA COLOCACION DE DIU.

Ciudad y fecha:/...../20.....

1. Yo, habiéndome explicado detalladamente y en términos sencillos los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del procedimiento, por la presente autorizo al **Dr./a**, a colocarme un Dispositivo Intrauterino (DIU). La práctica mencionada se llevará a cabo en

2. Se me ha informado que la colocación del mencionado dispositivo tiene como finalidad evitar el embarazo, impidiendo la unión entre el espermatozoide y el óvulo, o impidiendo que el óvulo fecundado se adhiera al útero.

3. Se me ha especificado que el Dispositivo Intrauterino (DIU) o espiral, es un dispositivo plástico que en un sector se encuentra revestido por cobre. El dispositivo se introduce en el útero en forma plegada y allí se despliega fijándose a sus paredes. Por el cuello del útero asomarán unos hilos que servirán para su posterior extracción y para que la mujer controle luego de cada menstruación su correcta ubicación. Se mantiene allí mientras que no se desee el embarazo. En mi caso se me colocará el siguiente DIU:

....., siendo su durabilidad de aproximadamente años.

4. Reconozco haber recibido información completa sobre los diversos métodos anticonceptivos disponibles, tras lo cual he tomado la decisión personal de colocarme un Dispositivo Intrauterino (DIU), por considerar que es el que más se adapta a mis deseos y necesidades. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

4.1 Se me ha advertido que el Dispositivo Intrauterino (DIU) es eficaz pero no me ofrece garantías totales, habiéndome aclarado que en aproximadamente un 2% de los casos el mismo no evita el embarazo.

4.2 Asimismo estoy en conocimiento que con posterioridad a la colocación del DIU se pueden producir las complicaciones descritas en la literatura médica de la especialidad, las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, a modo de ejemplo, las siguientes: contracciones uterinas dolorosas, hemorragias genitales, infecciones oportunistas, embarazo ectópico. En todos los casos antes mencionados se me ha advertido que debo consultar a mi médico tratante en forma urgente.

4.3 También me ha sido explicado que el DIU puede ser expulsado por el organismo o generar intolerancia.

5. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-patológicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales.

6. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará el procedimiento, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado.

7. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

8. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido totalmente, autorizando al especialista a realizarme la práctica mencionada.

Firma del paciente:

Documento:.....

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: