

● inglés

Nº historia / History number

Doña / Ms. de / of años de edad / aged
(Nombre y dos apellidos) / (Name and surname)

Con domicilio en / Address

y DNI n.º / DNI, Residence Permit or Passport Number.....

Don/Doña / Mr./Ms. de / of años de edad / aged
(Nombre y dos apellidos) / (Name and surname)

Con domicilio en / Address

y DNI n.º / DNI, Residence Permit or Passport Number.....

En calidad de / As a de Doña / of Ms.

.....
(Representante legal, familiar o allegado) (nombre y dos apellidos de la paciente) / (Legal representative, relative or friend) (name and surname of the patient)

Declaro / I declare

Que el doctor/a / That doctor
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información) / (Name and surname of doctor providing the information)

1. Me ha informado de los métodos anticonceptivos disponibles, de sus ventajas e inconvenientes, tras lo cual y para mi situación, mi elección es la colocación de un **Dispositivo Intrauterino (DIU)**, del modelo

El DIU es un dispositivo de distintos materiales, recubierto por metales o que contiene medicamentos, que se coloca dentro del útero con fines anticonceptivos y/o como tratamiento de algunas metrorragias.

La colocación del DIU y del modelo serán indicados en consulta ambulatoria por el ginecólogo, que me indicará los controles posteriores a los que me debo someter, así como la duración del mismo.

2. Complicaciones y/o riesgos y fracasos:

- a) En el momento de la inserción:
- Dolor.
 - Perforación uterina.
 - Infección en un período menor de un mes, pasado este periodo de tiempo la infección se debe a otras causas y no al DIU.

- b) En la evolución:
- Gestación (1-3%), si ésta se produce, existe un mayor riesgo de aborto y de embarazo ectópico. La tasa real de fracaso como método anticonceptivo es mayor en el 1.º año, entre 1-3%.
 - Descenso y expulsión, puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado.
 - Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual, manchado intermenstrual, así como disminución e incluso ausencia de menstruación con los DIU con medicación.
 - Dolor.
 - Migración a cavidad abdominal con las complicaciones subsiguientes.

- c) En su extracción:
- Pérdida de referencia de los hilos y la rotura con retención de un fragmento.

En caso de producirse alguna de estas complicaciones el ginecólogo me indicará la necesidad de someterme a las pruebas

1. Has informed me of available contraceptive methods, their advantages and disadvantages. Taking this information into account, for my situation, I have chosen the insertion of an **Intrauterine Device (IUD)**, model

An IUD is a device made of different materials, either coated with metals or containing medication, which is placed inside the uterus for contraceptive purposes and/or as a treatment for some metrorrhagias.

The placement of an IUD and the specific model chosen will be explained to me on an outpatient visit by a gynecologist, who will also tell me what follow-up is needed and how long it will last.

2. Complications and/or risks and failure:

- a) On insertion:
- Pain.
 - Uterine perforation.
 - Infection within a month. After this period, an infection would be due to causes other than the IUD.

- b) During use:
- Pregnancy (1-3%). If a pregnancy occurs, there is a greater risk of miscarriage and of ectopic pregnancy. Its real failure rate as a contraceptive method is higher in the first year (1-3%).
 - The device could fall and be expelled, either without symptoms or with pain or bleeding.
 - Menstrual changes: increase in amount and/or duration of menstrual bleeding, intermenstrual spotting, and decrease or even absence of menstruation with IUDs containing medication.
 - Pain.
 - Migration to abdominal cavity, with subsequent complications.

- c) On removal:
- Loss of reference of threads, and breakage whereby a fragment is retained.

If any of these complications occur, the gynecologist will tell me what tests or supplementary treatments I need to undergo.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO / INFORMED CONSENT DOCUMENT



o tratamientos complementarios necesarios, que pueden ser: Extracción si gestación o infección, tratamiento antibiótico, laparoscopia/microlaparotomía si perforación o embarazo ectópico, histeroscopia...

3. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le 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 del tratamiento.

These may be: removal, in the case of pregnancy or infection, antibiotic treatment, laparoscopy/microlaparotomy in the case of perforation or ectopic pregnancy, hysteroscopy...

3. **Due to my current condition**, the doctor has explained to me that I may face increased or additional risks or complications such as

I have understood the explanations that I have been given in clear, simple language, and the doctor who has seen me has allowed me to make all the observations I felt necessary and **has clarified** all my questions.

I also understand that **I can revoke** this consent at any point in time without having to explain the reasons for my decision.

I therefore state that I am **satisfied** with the information I have received and that **I understand** the implications and the risks of this treatment.

Y en tales condiciones / Under such conditions,

Consentimiento / I consent

Que se me realice la colocación de un Dispositivo Intrauterino (DIU) modelo / To the insertion of an Intrauterine Device (IUD) model

En / In
(Lugar y fecha) / (Place and date)

Fdo: el/la médico
Signed by: the doctor

Fdo: la paciente
Signed by: the patient

Fdo: el/la representante legal (si procede)
Signed by: the legal representative (if applicable)

Revocación / Revocation

Doña / Ms. de / of años de edad / aged
(Nombre y dos apellidos) / (Name and surname)

Con domicilio en / Address
y DNI n.º / DNI, Residence Permit or Passport Number

Don/Doña / Mr./Ms. de / of años de edad / aged
(Nombre y dos apellidos) / (Name and surname)

Con domicilio en / Address
y DNI n.º / DNI, Residence Permit or Passport Number

En calidad de / As a de Doña / of Ms.
.....
(Representante legal, familiar o allegado) (nombre y dos apellidos de la paciente) / (Legal representative, relative or friend) (name and surname of patient)

Revoco el consentimiento prestado en fecha / I revoke my consent dated
Y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.
As I do not wish to continue with the proposed treatment, which I consider terminated as of today.

En / In
(Lugar y fecha) / (Place and date)

Fdo: el/la médico
Signed by: the doctor

Fdo: la paciente
Signed by: the patient

Fdo: el/la representante legal (si procede)
Signed by: the legal representative (if applicable)

