

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (Si corresponde primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

### Objetivo

Ofrecer a mujeres en edad fértil y con vida sexual activa la opción anticonceptiva del implante subdérmico para contribuir a la disminución de la gestación no deseada, mortalidad materna y demás complicaciones.

### Características

La inserción requiere alrededor de dos minutos. Primero, se administrará un anestésico local para adormecer la zona, después se colocará un vendaje compresivo en el brazo a fin de evitar la aparición de una hematoma. Deberá mantener seca y limpia la zona en torno al vendaje. Transcurridos cuatro días, se puede retirar el vendaje.

La extracción requiere unos cinco minutos. Primero se aplica un anestésico local para adormecer la zona. Posteriormente, se realiza una pequeña incisión y se extraen la(s) barritas. Tras la extracción, se aplica un vendaje compresivo a fin de evitar la aparición de un hematoma.

### Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables. Después de que el efecto del anestésico haya desaparecido puede notar cierta sensación de dolor y aparezca una pequeña equimosis o hematoma (morado).

Al igual que con todos los métodos anticonceptivos, se han descrito algunos efectos secundarios a las hormonas. Entre los que pueden aparecer: acné, dolor de cabeza y tensión mamaria. Entre los efectos secundarios muy poco habituales cabe mencionar: caída de cabello, cambios de humor, cambios de libido, dolor abdominal y reglas dolorosas.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con doctor(a). Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **INSERCIÓN Y RETIRO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal