



Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
División de Prevención y Control de Enfermedades.
Subsecretaría de Salud Pública.

“Informativo sobre Inserción de Dispositivo Intrauterino (DIU)”

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Yo _____ de _____ años
(Nombre completo del o la solicitante)

RUT: _____ he solicitado libre y voluntariamente al Centro de Salud _____ la inserción o extracción de un dispositivo intrauterino como método reversible para evitar el embarazo.

Dejo constancia que me han informado y explicado en qué consiste el procedimiento de inserción y extracción de dispositivos intrauterinos, cómo se realiza, cuáles son sus beneficios, sus riesgos más frecuentes y los que pudieran afectarme por mi condición personal de salud. He informado a los profesionales todos mis antecedentes médicos. Mis consultas y dudas han sido respondidas a mi plena satisfacción quedándome claro que:

- Existen otros métodos que puedo usar temporalmente para planificar mi familia como los métodos hormonales orales (píldoras), inyectables e implantes subdérmicos, métodos de barrera (condones y otros), abstinencia periódica, anticoncepción quirúrgica voluntaria y otros.
- Es un método reversible, esto quiere decir que recupero mi fertilidad cuando deje de utilizar el método.
- He sido informada de los efectos secundarios asociados a este método anticonceptivo, como el aumento en los sangrados menstruales y la posibilidad de dolor durante la menstruación, para el caso del dispositivo intrauterino con cobre.
- Puedo cambiar de opinión y desistir en cualquier momento, decir que no se efectúe el procedimiento y la institución no me negará ningún tipo de atención médica cuando lo necesite.

Finalmente, mi decisión tomada libre, informada y consciente es:

SI. _____ autorizo el procedimiento

No _____ autorizo el procedimiento

Nota: Marque con una cruz en el casillero de su elección.

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma Solicitante

Nombre, fecha y firma del Profesional responsable de la consejería

Nota: Si la persona no sabe leer, el o la proveedor/a de servicio será. encargado/a de leer las observaciones anteriores.