

CONTRACEPTIVE IMPLANT CONSENT FORM

BENEFITS: Contraceptive implants consist of one capsule that holds a small amount of birth control hormone, etonogestrel. This medicine is slowly released under the skin to prevent pregnancy. The contraceptive implant is over 99% effective.

CONTRAINDICATIONS (REASONS I CANNOT USE THIS METHOD):

- Pregnancy
- Current arm infection
- Current breast cancer

RISKS:

Common mild to moderate risks include:

- Menstrual changes including: irregular, lighter, heavier or absent periods
- Headaches
- Weight gain
- Anxiety and/or depression
- Scarring or bruising at the insertion/removal site

Seek immediate medical attention for these severe but rare side effects:

- Severe headaches
- Vision changes
- Pain in legs, abdomen, or chest
- Lump in breast
- Severe depression or anxiety
- Excessive bleeding
- Yellow skin or eyes

Possible complications of Insertion/Removal Procedures:

- Damage to blood vessels or nerves
- Difficult removal requiring referral to specialist
- Infection at procedure site

Call the clinic if you suspect you are pregnant, if you cannot feel the contraceptive implant rod where it was placed or if you have pain, pus or discomfort at the site of insertion.

The contraceptive implant does not protect against HIV and other sexually transmitted infections. Condoms used consistently and correctly can help decrease the risk of sexually transmitted infections. Certain drugs may make the contraceptive implant less effective. If you are under treatment with these or any other drugs, let your clinician know.

ALTERNATIVES: Other means of contraception have been explained and discussed.

INQUIRIES: You have the right to ask questions about this method at any time.

DECIDING TO STOP USING A CONTRACEPTIVE IMPLANT: You have the right to have the contraceptive implant removed at any time. Any care outside the health office for problems related to the contraceptive implant may be at your own expense.

EXPLANATION OF INSERTION PROCEDURE:

- Skin is numbed and cleaned
- The implant is inserted just under the skin using a tube
- The skin will be taped shut and bandaged

EXPLANATION OF REMOVAL PROCEDURE:

- Skin is numbed and cleaned
- A small cut is made, through which the implant is removed with instruments as needed
- The skin can then be closed, or a new implant can be inserted

DOCUMENTATION: I have read and understand the information in this consent form. I have had all my questions about the contraceptive implant answered. I may have the implant removed at any time for any reason without losing benefits through any government program.

I am requesting the insertion of the contraceptive implant.

I am requesting the removal of the contraceptive implant.

Client name: _____ Date of birth: _____ Client signature: _____

Counselor signature: _____ Date _____

Clinician signature: _____ Date _____

(New Mexico Public Health Division - Family Planning –Contraceptive Implant Consent English 10/22)

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA IMPLANTE ANTICONCEPTIVO

BENEFICIOS: Los implantes anticonceptivos consisten en una cápsula que sostiene una pequeña cantidad de la hormona etonogestrel, que previene el embarazo. Este medicamento es liberado lentamente bajo la piel para evitar el embarazo. El implante anticonceptivo es sobre 99% efectivo.

CONTRAINDICACIONES (RAZONES POR LAS QUE NO DEBO UTILIZAR ESTE MÉTODO)

- Embarazo
- Infección actual en el brazo
- Cáncer de senos actualmente

RIESGOS:

Los riesgos de leves a moderados incluyen:

- Cambios con la menstruación incluyendo: períodos ligeros, pesados o ausentes
- Dolores de cabeza
- Aumento de peso
- Ansiedad y/o depresión
- Cicatrices o moretones en el lugar de inserción/remoción

Busque atención médica inmediatamente para estos efectos secundarios graves, pero raros:

- Dolores de cabeza severos
- Cambios en la visión
- Dolor en las piernas, abdomen, o pecho
- Bulto en los senos
- Depresión o ansiedad severa
- Sangrado excesivo
- Piel u ojos amarillentos

Posibles complicaciones en los Procedimientos de Inserción/Remover:

- Daño a los vasos sanguíneos o nervios
- Dificultad en remover que requiera ser referido a un especialista
- Infección en el lugar del procedimiento

Llame la clínica si usted sospecha que está embarazada, si no se siente bien donde le pusieron el implante o si tiene dolor, o incomodidad en el lugar de inserción.

El implante anticonceptivo no le protege contra VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Cuando los condones se utilizan consistentemente y de forma correcta, pueden ayudar a disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sexual. Algunas drogas pueden hacer que el implante anticonceptivo sea menos efectivo. Si usted está bajo tratamiento con estas o cualquier otra droga, déjele saber a su médico.

ALTERNATIVAS: Se han explicado y discutido otros métodos anticonceptivos.

PREGUNTAS: Usted tiene el derecho de hacer preguntas en cualquier momento acerca de este método.

DECIDIR SI DISCONTINUA EL USO DE UN IMPLANTE ANTICONCEPTIVO: Usted tiene el derecho de hacer que le remuevan el implante anticonceptivo en cualquier momento. Cualquier atención fuera de la oficina de salud por problemas relacionados con el implante anticonceptivo pueden correr por su cuenta.

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE INSERCIÓN

- La piel se adormece y limpia
- El implante es insertado debajo de la piel utilizando un tubo
- La piel se cerrará con cinta adhesiva y se vendará

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO AL REMOVER

- La piel se adormece y limpia
- Se hace una pequeña cortadura, por la que se remueve el implante con los instrumentos necesarios
- Entonces se cierra la piel, o se puede insertar un implante nuevo

DOCUMENTACIÓN: He leído y entendido la información en esta forma de consentimiento. Se me han contestado todas las preguntas que he hecho acerca del implante anticonceptivo. Puedo hacer que el implante sea removido en cualquier momento por cualquier razón, sin perder los beneficios de cualquier programa gubernamental.

___ Estoy solicitando la inserción del implante anticonceptivo.

___ Estoy solicitando que se remueva el implante anticonceptivo.

Nombre de Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Firma del cliente: _____

Firma del consejero: _____ Fecha _____

Firma del médico: _____ Fecha _____