



Michelle M. Mulder, M.D.
300 West White Mountain Blvd, Suite D; Lakeside, AZ 85929
Phone (928) 367-1444 Fax (928) 367-1746

Formulario de Consentimiento para el Procedimiento *Essure*®

___ Comprendo que el procedimiento de control de la natalidad permanente *Essure* ha sido probado clínicamente durante cuatro años y ha demostrado ser 99.8% eficaz para evitar el embarazo durante ese período.

___ Comprendo que el procedimiento *Essure* incluye colocar un microinserto (pequeña resorte flexible) en cada trompa de Falopio, lo que con tiempo hace que las trompas se cierren, evitando de ese modo el embarazo.

___ Comprendo que, a fin de comprobar que el microinserto *Essure* ha funcionado y ha cerrado mis trompas de Falopio y que confiar en el procedimiento *Essure* como método de control de la natalidad, se debe realizar una Prueba de Confirmación de *Essure* (histerosalpingografía, o HSG por sus siglas en inglés) tres meses después del procedimiento. Durante esta prueba, se utilizará un fluido especial (tintura) y rayos X para mostrar si mis trompas de Falopio están ocluidas y si los microinsertos están en la ubicación correcta.

___ Comprendo que hasta que la Prueba de Confirmación de *Essure* (HSG) haya confirmado que mis trompas están cerradas, debo usar otro método anticonceptivo.

___ Comprendo que, en algunas mujeres, la colocación de ambos microinsertos *Essure* puede no ser exitosa y que en ese caso debo solicitar el asesoramiento de mi médico.

___ Comprendo que en el caso de que quede embarazada, debo solicitar inmediatamente atención médica para que se evalúe el embarazo.

___ Comprendo que el procedimiento *Essure* se considera permanente y no puede ser revertido.

___ Comprendo que los restantes riesgos relacionados con la colocación del dispositivo *Essure* incluyen, entre otros y sin limitaciones: sangrado, infección, perforación y dolor similar a los cólicos menstruales.

___ Comprendo que *Essure* no protege contra enfermedades de transmisión sexual y que se deban usar métodos de barrera, tales como condones, para protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual.

___ He recibido el folleto de información para pacientes.

___ He tenido oportunidad de formular preguntas acerca del procedimiento de control de la natalidad permanente *Essure* y deseo proceder a la colocación de los dispositivos *Essure*.

___ No soy alérgica al cobre o los medios de contraste (tintura).

Firma

Fecha

Testigo

Fecha