**CONSENTIMIENTO PARA COLOCACIÓN DE IMPLANTE SUBDÉRMICO**

Buenos Aires,…….... de........... del año……

Por la presente yo:………………………..

Autorizo a la Dra…………………………..

A que me coloque un implante subdérmico que he solicitado para satisfacer mi necesidad de anticoncepción.

He recibido información completa de todos los métodos anticonceptivos y de las alternativas de tratamiento y procedimientos posibles, y reconozco haber elegido el implante subdérmico.

La Dra. me ha explicado completa y claramente la naturaleza y propósito de los procedimientos, y me ha informado los beneficios y posibles complicaciones, molestias y riesgos que pueden producirse.

Efectos adversos posibles

1. Absceso

2. Parestesia (alteración o disminución de la sensibilidad)

3. Migración del implante

**PACIENTE**:

Nombre y Apellido:

DNI:

Firma:

**TUTOR O ENCARGADO:**

Nombre y Apellido:

DNI:

Firma:

**MÉDICO TRATANTE:**

Firma y sello:

MN: