



INLAND EMPIRE HEALTH PLAN

ELECCION EDUCADA DE UN ANTICONCEPTIVO

Yo he leído o me han explicado, la información relacionada con el método anticonceptivo que yo he escogido. Estoy enterada de que existen varios metodos para prevenir el embarazo, de los cuales puedo escoger y de que sus porcentajes de efectividad. Ellos son:

Pastillas Anticonceptivas	95-97%
Capuchon Cervical con Crema o Jalea Anticonceptiva	82-94%
Diafragma con Crema o Jalea Anticonceptiva	82-94%
Inyección de Depo-Provera	99%
Condon Femenino	79-95%
Conocimientos sobre Fertilidad	80-98%
Dispositivo Intrauterino (Aparato)	99%
Condon Masculino	88-98%
Planificacion Natural de la Familia	80-98%
Implantes Implanon	99%
Espemicidas (Espuma, Supositorios, Film Vaginal)	79-94%
Esterilizacion para el Hombre o la Mujer	99%
Nuvaring (Anillo Anticonceptivo Vaginal)	99%
Ortho Evra (Parche Anticonceptivo Transdermal)	98%

Yo tuve la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi entera satisfacción. Yo creo entender los beneficios y riesgos del método que he escogido. Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad regresar a la clínica como se me ha indicado. Me han informado de las señales que pueden indicar complicaciones con mi método y se cuando, donde y como conseguir ayuda medica.

Basada en la comprensión y entendimiento que tengo de lo mencionado arriba, he decidido usar

Llame a su clinica familiar local entre las 8:00 am y 5:00 pm, y antes o después de este horario y en los días festivos a la sala de emergencias de su hospital local (vea el reverso de esta hoja para encontrar las teléfonos de las clínicas).

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Clinica \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Member #: \_\_\_\_\_



Provider Name: \_\_\_\_\_