

**HORMONAL CONTRACEPTION  
INFORMED CONSENT FORM**

Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_ Phone ( ) \_\_\_\_\_

Date of last menstrual period \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mo Day Year

*Before giving your consent, be sure that you understand both the pros and cons of hormonal contraception. If you have any questions, we will be happy to discuss them with you. Do not sign your name at the end of this form until you have read and understood each statement and the pharmacist has answered your questions and can witness your signature. This information is confidential.*

I, (print or type name) \_\_\_\_\_ am requesting participation in the pharmacist prescribed hormonal contraception program.

I understand that:

- I have received and read the patient information sheet regarding the benefits and risks of hormonal contraception and have had an opportunity to ask questions.
- I am required to complete the hormonal contraception screening process.
- No birth control method is 100% effective.
- It can take at least 7 days for hormonal contraception to start working and that I will need to use an alternative form of birth control, such as condoms, during those first 7 days.
- Hormonal contraception will not protect me from sexually transmitted diseases, and that I need to use condoms for protection from these diseases. I understand that I should seek diagnosis and treatment if I am concerned about this and understand that the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recommend screening for STDs, women 25 years old and younger, and women identified with particular risk factors.
- Certain medicines may interact with hormonal contraception. I know that it is important to tell the pharmacist all of the medications, prescription, over-the-counter, and herbals, that I am taking.
- If I encounter any abnormal symptoms (i.e. fever, painful discharge or urination, soreness in the pelvic area) while taking hormonal contraception treatment, I will report any new or worsening physical symptoms to the prescribing pharmacist or my primary care provider immediately.
- It may be useful to share this treatment information with my regular health care provider. Therefore, I request and authorize the release of this information to the following designated provider. Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Designated Provider's Name \_\_\_\_\_

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Pharmacist Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Prescription: \_\_\_\_\_

Patient Education Given: \_\_\_\_\_

**ANTICONCEPCIÓN HORMONAL  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Teléfono (\_\_\_\_)** \_\_\_\_\_

**Fecha del último período menstrual** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Antes de dar su consentimiento, asegúrese de comprender los pros y los contras de la anticoncepción hormonal. Si tiene alguna pregunta, estaremos encantados de discutirla con usted. No firme su nombre al final de este formulario hasta que haya leído y entendido cada enunciado y el farmacéutico haya respondido sus preguntas y pueda ser testigo de su firma. Esta información es confidencial.*

Yo, (imprimir o escribir el nombre) \_\_\_\_\_ Estoy solicitando la participación en el programa de anticoncepción hormonal prescrito por el farmacéutico.

Entiendo que:

- He recibido y leído la hoja de información del paciente con respecto a los beneficios y riesgos de la anticoncepción hormonal y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.
- Estoy obligado a completar el proceso de detección de anticoncepción hormonal.
- Ningún método anticonceptivo es 100% efectivo.
- Puede tomar al menos 7 días para que la anticoncepción hormonal comience a funcionar y que necesitaré usar una forma alternativa de control de la natalidad, como los condones, durante esos primeros 7 días.
- La anticoncepción hormonal no me protegerá de las enfermedades de transmisión sexual y de que necesito usar condones para protegerme de estas enfermedades. Entiendo que debería buscar un diagnóstico y tratamiento si me preocupa y entiendo que los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan la detección de ETS, mujeres de 25 años o menos y mujeres identificadas con factores de riesgo específicos.
- Ciertos medicamentos pueden interactuar con la anticoncepción hormonal. Sé que es importante decirle al farmacéutico todos los medicamentos, medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y productos herbales que estoy tomando.
- Si encuentro algún síntoma anormal (por ejemplo: fiebre, secreción o micción dolorosa en el área pélvica) mientras recibo el tratamiento anticonceptivo hormonal, informaré cualquier síntoma físico nuevo o que empeore al farmacéutico que prescribe o a mi proveedor de atención primaria de inmediato.
- Puede ser útil compartir esta información de tratamiento con mi proveedor de atención médica habitual. Por lo tanto, solicito y autorizo la divulgación de esta información al siguiente proveedor designado. **Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

**Nombre del proveedor designado:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del farmacéutico:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Prescripción:** \_\_\_\_\_

**Educación del paciente dada:** \_\_\_\_\_