Healthcare For Women
OBSTETRICS and GYNECOLOGY

Amy E. Porter, M.D. • Ingrid M. Winterling, M.D.
Ji Eun Paik, M.D. • Nicole A. McClendon, M.D.
Bridgett L. Casadaban, M.D. • Michelle A. Sutherland, M.D.

Mi responsabilidad sobre mi dispositivo:

Yo, , certifico que hoy, vine al consultorio de Healthcare For Women, personalmente y recogi mi dispositivo; o le doy permiso a recojer mi:

- ☐ Kyleena/Mirena/Skyla/Liletta Dispositivo Intrauterino
- ☐ Paragard Dispositivo Intrauterino
- ☐ Nexplanon Implante Subdermal
- ☐ (Otro dispositivo, ej: pesario, diafragma)

☐ No quiero mi dispositivo y lo dono a la oficina para otra paciente.

NOMBRE DE LA PACIENTE:
FIRMA DE PACIENTE:
NOMBRE DE PERSONA RECOGIENDO EL DISPOSITIVO:
FIRMA DE PERSONA RECOGIENDO EL DISPOSITIVO:_____ Fecha _____
Staff member that gave the device to the patient/waiver:_____

1625 N. George Mason Drive, Suite 474 • Arlington, Virginia 22205 • 703.528.6300 • fax 703.525.1967
1875 Campus Commons Drive, Suite 110 • Reston, Virginia 20191 • 703.437.8080 • fax 703.525.1967
www.healthcareforwomenpc.com