



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. • Alexis Halling, PA-C



**Mi responsabilidad sobre mi dispositivo:**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que hoy, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ vine al consultorio de Healthcare For Women, personalmente y recogí mi dispositivo:

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.

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

NOMBRE DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_  
FIRMA DE PACIENTE: \_\_\_\_\_  
Staff member that gave the device to the patient/waiver: \_\_\_\_\_