

LOT:



CONSENT FORM
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

I have read the patient information booklet and have had my questions about Mirena answered. I choose to have Mirena inserted by
He leído el folleto de información para pacientes y he recibido respuesta a todas mis preguntas acerca del dispositivo Mirena. He decidido que el dispositivo Mirena sea colocado por

Healthcare Provider's Name
Nombre del médico

Patient's Signature
Firma de la paciente _____ Date/Fecha _____

The patient has signed this consent form in my presence after I counseled her and answered her questions.
La paciente ha firmado este formulario de consentimiento en mi presencia después de haberla asesorado y respondido a sus preguntas.

Healthcare Provider's Signature
Firma del médico _____ Date/Fecha _____

The system is scheduled for removal on _____
El dispositivo debe ser retirado por el médico el _____ Date/Fecha _____

Manufactured for:
Fabricado para:



**Bayer HealthCare
Pharmaceuticals**

Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc.
Wayne, NJ 07470

Manufactured in Finland
Fabricado en Finlandia

© 2008 Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc.
All rights reserved. Todos los derechos reservados.

81179515

6795102

July 2008

Patient Information Booklet
Folleto de información para pacientes

