

MEDICAID - TÍTULO XIX
ACUSE DE RECIBO DE INFORMACIÓN SOBRE HISTERECTOMÍA

→ SIEMPRE DEBE LLENARSE ESTA SECCIÓN ←

Nombre de la receptora _____ Número de ID de Medicaid _____
Nombre del Médico _____ Fecha de la histerectomía _____

→ SÓLO LLENE UNA DE LAS SECCIONES SIGUIENTES LLENE TODOS LOS ESPACIOS DE ESA SECCIÓN ←

SECCIÓN A: LLENE ESTA SECCIÓN EN EL CASO DE QUE LA RECEPTORA RECONOZCA RECEPCIÓN PREVIA A LA HISTERECTOMÍA
Reconozco haber recibido información, tanto oral como escrita, previamente a la operación de histerectomía, en la cual se me ha indicado que, al ser llevada a cabo la histerectomía quedará incapacitada de manera permanente para procrear.

FIRMA DEL TESTIGO FECHA FIRMA DEL PACIENTE FECHA

SECCIÓN B: LLENE ESTA SECCIÓN CUANDO APLIQUE CUALQUIERA DE LAS EXCEPCIONES SIGUIENTES

Certifico que antes llevé a cabo el procedimiento de histerectomía sobre la receptora que se indica abajo:

MARQUE

UNO

1 Le informé que esta operación la dejaría incapacitada de manera permanente para procrear. **(Esta certificación es sólo para receptora con derecho retroactivo** – antes de que pueda hacerse el reembolso, este formulario debe ser acompañado de la tarjeta de Medicaid que cubre la fecha de la histerectomía, o de copia del aviso de aprobación retroactiva.)

2 Ya era estéril debido a _____

CAUSA DE LA ESTERILIDAD

3 Se le practicó la histerectomía debido a una situación que ponía en peligro su vida, la cual fue causada por _____

DESCRIBA LA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

por lo que no pudo proporcionarse la información acerca de la esterilidad antes de la histerectomía.

FIRMA DEL MÉDICO FECHA

SECCIÓN C: LLENE ESTA SECCIÓN SÓLO EN CASO DE QUE EL RECEPTOR SEA INCOMPETENTE MENTALMENTE

Reconozco haber recibido información, tanto oral como escrita, previamente a la operación de histerectomía que se va a llevar a cabo, indicando que al ser practicada la histerectomía a la receptora nombrada arriba, ella quedará incapacitada de manera permanente para procrear.

FIRMA DEL TESTIGO FECHA FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA PACIENTE FECHA

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Afirmo que la histerectomía que practiqué a la receptora antes mencionada fue necesaria desde el punto de vista médico debido a _____

RAZÓN DE LA HISTERECTOMÍA

v que no fue hecha con fines de esterilización, v que, a mi entender, la persona a la que se le practicó la histerectomía es mentalmente incompetente. Antes de practicar la histerectomía, informé a su representante, tanto de manera oral como escrita, que la histerectomía la dejaría incapacitada de manera permanente para procrear, y que el representante de la persona ha firmado un acuse de recibo por escrito de la información precedente.

FIRMA DEL MÉDICO FECHA

Adjunte una copia al formulario de reclamación cuando envíe el reclamo para su pago. Provea copias para el paciente y para sus archivos. SE PODRÍA SOLICITAR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL ANTES DE EFECTUAR EL PAGO.

ESTE FORMULARIO PUEDE SER REPRODUCIDO LOCALMENTE