

INSTRUCCIONES: COMPLETAR Y ADJUNTAR A LA RECLAMACIÓN CUANDO LA PRESENTE PARA PAGO.

AVISO: SU DECISIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DE QUE NO LO(A) ESTERILICEN NO RESULTARÁ EN EL RETIRO NI SUSPENSIÓN DE NINGÚN BENEFICIO OTORGADO POR PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBEN FONDOS FEDERALES

CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN

Pedí información sobre esterilización y me la dio:

(Doctor o clínica)

La primera vez que pedí la información me dijeron que la decisión de esterilización es completamente mía. Me dijeron que yo puedo decidir que no me esterilicen. Si decido que no me esterilicen, mi decisión no afectará mi derecho a atención o tratamiento futuros. No perderé ninguna ayuda ni beneficio proveniente de programas que reciben fondos Federales como A.F.D.C. o Medicaid que ahora recibo o a los que pudiera llegar a tener derecho.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN SE DEBE CONSIDERAR PERMANENTE Y NO REVERSIBLE. HE DECIDIDO QUE NO ME QUIERO EMBARAZAR, TENER HIJOS O ENGENDRAR HIJOS.

Me informaron sobre los métodos anticonceptivos temporarios que me podrían proporcionar y que me permitirían tener o engendrar un hijo en el futuro. Yo rechazo esas alternativas y elijo que me esterilicen.

Entiendo que me esterilizarán por medio de una operación que se llama

Me explicaron las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con la operación. Me aclararon todas mis preguntas a mi satisfacción.

Entiendo que no me harán la operación sino hasta un mínimo de treinta días después de que yo firme este formulario. Entiendo que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y que mi decisión en cualquier momento de no someterme a la esterilización no resultará en la suspensión de ningún beneficio ni servicio médico proporcionado por programas patrocinados con dinero federal.

Tengo por lo menos 21 años de edad y nací el

(Mes, Día, Año)

Yo, _____ por medio del presente doy mi consentimiento por mi libre albedrío para que

(Doctor)

me esterilice por un método que se llama _____

Mi consentimiento vence en 180 días de la fecha de mi firma más abajo.

También doy mi consentimiento para que este formulario y otros expedientes médicos sobre la operación le sean entregados a:

Representantes del Departamento de Salud, Educación y Bienestar o empleados de programas o proyectos patrocinados por el Departamento pero sólo para determinar si se observaron las leyes Federales.

Me dieron una copia de este formulario.

Firma del beneficiario _____ Fecha _____
Hora de la firma: _____ AM PM Mes Día Año

Se le pide que suministre la siguiente información, pero no es obligatoria.

Raza y designación de etnia (marque lo que corresponda)

- Indio americano o nativo de Alaska Negro (no de origen hispano)
Asiático Hispano
Blanco (no de origen hispano)

DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE

Si un intérprete intervino con el individuo que se va a esterilizar.

Yo traduje la información y consejos que le presentó oralmente al individuo que se va a esterilizar la persona que está obteniendo este consentimiento. También le leí a él/ella el formulario de consentimiento en el idioma _____ y le explique su contenido. A mi mejor saber y entender él/ella entendió esta explicación.

Firma del intérprete _____ Fecha _____

DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE ESTÁ OBTENIENDO EL CONSENTIMIENTO

Antes de que _____ firmara
Nombre del individuo

el formulario de consentimiento, le expliqué a él/ella la naturaleza de la operación de esterilización _____ el hecho de que está prevista como una intervención final e irreversible y las molestias, riesgos y beneficios asociados con la misma.

Le informé al individuo que se va a esterilizar de los métodos anticonceptivos alternativos que son temporarios. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé al individuo que se va a esterilizar que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que él/ella no perderá ningún servicio de salud ni ningún beneficio proporcionado con fondos federales.

A mi mejor saber y entender el individuo que se va a someter a esterilización tiene por lo menos 21 años de edad y parece poseer todas sus aptitudes mentales. Él/ella con pleno conocimiento y de manera voluntaria pidió la esterilización y parece entender la naturaleza y consecuencia de la intervención.

Firma de la persona que está obteniendo el consentimiento _____ Fecha _____

Lugar

Dirección

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Poco antes de hacerle la cirugía de esterilización a _____ el _____

Nombre del individuo que se va a esterilizar _____ Fecha de la esterilización _____
le expliqué a él/ella la naturaleza de la operación de esterilización

Especificar el tipo de operación

el hecho de que está prevista como una intervención final e irreversible y las molestias, riesgos y beneficios asociados con la misma.

Le informé al individuo que se va a esterilizar de los métodos anticonceptivos alternativos que son temporarios. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé al individuo que se va a esterilizar que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que él/ella no perderá ningún servicio de salud ni ningún beneficio proporcionado con fondos federales.

A mi mejor saber y entender el individuo que se va a someter a esterilización tiene por lo menos 21 años de edad y parece poseer todas sus aptitudes mentales. Él/ella con pleno conocimiento y de manera voluntaria pidió la esterilización y parece entender la naturaleza y consecuencia de la intervención.

Instrucciones para usar los párrafos finales alternativos:

Use el siguiente párrafo a continuación excepto en el caso de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia en la que la esterilización se lleva a cabo menos de 30 días después de la fecha en que el individuo firmó el formulario de consentimiento. En esos casos se debe usar el segundo párrafo. Tache el párrafo que no se utilice.

(1) Han transcurrido por lo menos treinta días entre la fecha en que el individuo firmó este formulario de consentimiento y la fecha en que se llevó a cabo la operación de esterilización.

(2) Esta esterilización se llevó a cabo menos de 30 días pero más de 72 horas después de la fecha en que el individuo firmó este formulario de consentimiento debido a las siguientes circunstancias (marque la casilla y escriba lo solicitado):

- Parto prematuro
Fecha de parto esperada _____
Cirugía abdominal de emergencia (describir circunstancias)

Firma del médico

Hora de la firma ----- AM PM Fecha de la firma