

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN

1. Patient Name

2. Recipient Number

INSTRUCTIONS: COMPLETE AND DISTRIBUTE COPIES TO:
ORIGINAL - PHYSICIAN, COPY - HOSPITAL, COPY - PATIENT,
COPY - DPW, OFFICE OF MEDICAL ASSISTANCE

NOTA: SI EN CUALQUIER MOMENTO DECIDE NO HACERSE ESTERILIZAR ELLO NO RESULTARA EN QUE SE LE RETIREN O RETENGAN CUALQUIERA DE LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBEN FONDOS DEL GOBIERNO FEDERAL.

■ CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN ■

He pedido y recibido información sobre la esterilización de 3. _____ Cuando me informé al res-

(doctor o clínica)

pecto, se me dijo que la decisión de hacerme esterilizar es absolutamente mía. Me han informado que, si así lo deseo, puedo decidir no hacerme esterilizar. Si decido no hacerme esterilizar, esta decisión no afectará mis derechos a cuidados o tratamiento futuros. No perderé ninguno de los beneficios de programas que reciben fondos federales, como por ejemplo A.F.D.C. o Medicaid que esté recibiendo en la actualidad o que pueda recibir en el futuro.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN SE CONSIDERA PERMANENTE E IRREVOCABLE. HE DECIDIDO QUE NO QUIERO QUEDAR EMBARAZADA, TENER HIJOS O PROCREAR HIJOS.

Se me ha informado acerca de los métodos anticonceptivos que están disponibles y que se me podrán proporcionar, los que sí me permitirán tener un hijo o procrear un hijo en el futuro. He rechazado estas alternativas y he elegido el ser esterilizado(a).

Entiendo que será esterilizado(a) por medio de una operación conocida bajo el nombre de 4. _____

Los inconvenientes, riesgos y beneficios asociados con esta operación me han sido explicados. Todas mis preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria.

Entiendo que la operación no se hará hasta por lo menos 30 días pero no más de 180 días después de haber firmado este consentimiento. Entiendo que a la firma de este consentimiento, la operación puede ser hecha entre 5. _____ y 6. _____

Fecha

Fecha

Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi decisión de no hacerme esterilizar no resulta en que se me retiren cualquiera de los beneficios o servicios médicos proporcionados por fondos federales.

Tengo por lo menos 21 años de edad y nací el 7. _____

mes

Yo, 8. _____ por la presente

día

año

consiento por mi propia voluntad a que me esterilice 9. _____
y/o un asociado por el método conocido como 10. _____

(doctor)

Tipo de operación

Mi consentimiento se vence a los 180 días de la fecha de mi firma.

Entiendo que aunque la operación casi siempre es efectiva, no garantiza en un 100% que me hará estéril.

También consiento a que este formulario y otros antecedentes médicos sean puestos a la disposición de:

Representantes del Departamento de Salud, Educación y Bienestar (Department of Health, Education and Welfare) o

Empleados de programas o proyectos que operan con fondos de ese departamento, pero solamente para determinar si se han cumplido las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

11. _____ 12. _____ / _____ / _____

Firma

Mes

Día

Año

Se le pide que proporcione la siguiente información, pero esto no es obligatorio:

13. Raza y Designación Étnica (haga una marca)

- Negro (no de origen hispano) Indio Norteamericano o Nativo de Alaska
 Hispano Blanco (no de origen hispano)
 Asiático o de Islas del Pacífico

■ DECLARACION DEL INTERPRETE ■

Si se proporciona un intérprete para asistir a la persona a ser esterilizada:

He traducido la información y consejos incluidos dados en forma oral por la persona que obtiene este consentimiento, a la persona a ser esterilizada. También le he leído el formulario de consentimiento en el idioma 14. _____ y le he explicado su contenido. Según mi mejor entender esta persona ha comprendido esta explicación.

15. _____
Intérprete

16. _____
Fecha

■ DECLARACION DE LA PERSONA QUE OBTIENE ESTE CONSENTIMIENTO ■

Antes de que 17. _____ firmara este

nombre de la persona

formulario de consentimiento, le he explicado la naturaleza de la operación para la esterilización llamada 18. _____

y el hecho de que se trata de un procedimiento final e irrevocable, habiéndole explicado también los inconvenientes, riesgos y beneficios que la acompañan.

Advertí a la persona a ser esterilizada que existen métodos anticonceptivos alternos, que son temporarios. Le explique que la esterilización es diferente porque es permanente y casi siempre es efectiva, pero no se puede garantizar en un 100% que hará estéril a esa persona.

He informado a la persona a ser esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá ninguno de los servicios de salud o cualquier otro beneficio proporcionado con fondos federales.

De acuerdo a mi mejor entender, la persona a ser esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y parece tener capacidad mental suficiente. Esta persona ha solicitado en forma voluntaria, con pleno conocimiento de lo que implica, que la esterilicen y parece comprender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

19. _____ 20. _____

Firma de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha

21. _____

Establecimiento

22. _____

Dirección

■ DECLARACION DEL MEDICO ■

Poco antes de efectuar la operación para la esterilización de 23. _____ el 24. _____

nombre de la persona a ser esterilizada

fecha de la operación

le expliqué la naturaleza de la operación llamada 25. _____

tipo de operación

así como el hecho de que es un procedimiento final e irrevocable, así como los inconvenientes, riesgos y beneficios derivados del mismo.

Advertí a la persona a ser esterilizada que existen métodos anticonceptivos alternos, que son temporarios. Le explique que la esterilización es diferente porque es permanente y casi siempre es efectiva, pero no se puede garantizar en un 100% que hará estéril a esa persona.

He informado a la persona a ser esterilizada que su consentimiento puede ser retirado en cualquier momento y que por ello no perderá ninguno de los cuidados médicos o beneficios proporcionados por fondos federales.

A mi mejor entender, la persona a ser esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y tiene la suficiente capacidad mental. Ha pedido voluntariamente y con pleno conocimiento el ser esterilizado(a) y parece comprender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

(Instrucciones para el uso de párrafos finales alternos: Utilice el primer párrafo que sigue, excepto en casos de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia, en que la esterilización se efectúa menos de 30 días después de la fecha de la firma del formulario de consentimiento. En dichos casos, deberá usarse el segundo párrafo de los que siguen. Tache el párrafo que no utilice).

(1) Por lo menos treinta días pero no más de 180 días han transcurrido entre la fecha en que la persona firmó este formulario de consentimiento y la fecha en que se efectuó la operación de esterilización.

(2) Esta esterilización fue efectuada menos de 30 días pero mas de 72 horas después de haber firmado la persona el formulario de consentimiento, debido a las circunstancias siguientes (haga una marca donde corresponda y de la información requerida):

- Parto prematuro
26. Fecha en que debiera haber ocurrido el parto: _____
 Cirugía abdominal de emergencia: (describe las circunstancias)

27. _____
Médico

28. _____
Fecha