DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Health Care Access and Accountability
F-1164 (10/08)

STATE OF WISCONSIN
HFS 107.06(3)(e), Wis. Admin. Code

FORWARDHEALTH
CONSENT FOR STERILIZATION

NOTICE: YOUR DECISION AT ANY TIME NOT TO BE STERILIZED WILL NOT RESULT IN THE WITHDRAWAL OR WITHHOLDING OF ANY BENEFITS PROVIDED BY PROGRAMS OR PROJECTS RECEIVING FEDERAL FUNDS.

■ CONSENT TO STERILIZATION ■

I have asked for and received information about sterilization from _____ (doctor or clinic). When I first asked for the information, I was told that the decision to be sterilized is completely up to me. I was told that I could decide not to be sterilized. If I decide not to be sterilized, my decision will not affect my right to future care or treatment. I will not lose any help or benefits from programs receiving Federal funds, such as A.F.D.C. or Medicaid that I am now getting or for which I may become eligible.

I UNDERSTAND THAT THE STERILIZATION MUST BE CONSIDERED PERMANENT AND NOT REVERSIBLE. I HAVE DECIDED THAT I DO NOT WANT TO BECOME PREGNANT, BEAR CHILDREN OR FATHER CHILDREN.

I was told about those temporary methods of birth control that are available and could be provided to me which will allow me to bear or father a child in the future. I have rejected these alternatives and chosen to be sterilized.

I understand that I will be sterilized by an operation known as a _____. The discomforts, risks and benefits associated with the operation have been explained to me. All of my questions have been answered to my satisfaction.

I understand that the operation will not be done until at least thirty days after I sign this form. I understand that I can change my mind at any time and that my decision at any time not to be sterilized will not result in the withholding of any benefits or medical services provided by federally funded programs.

I am at least 21 years of age and was born on _____ (Month Day Year)

I, _____, hereby consent of my own free will to be sterilized by _____ (doctor)

by a method called _____. My consent expires 180 days from the date of my signature below.

I also consent to the release of this form and other medical records about the operation to:

Representatives of the Department of Health and Human Services, or Employees of programs or projects funded by that Department but only for determining if Federal laws were observed.

I have received a copy of this form.

_____ *Date:* _____
Signature (Month Day Year)

You are requested to supply the following information, but it is not required: (*Ethnicity and Race Designation) (please check)*

Ethnicity:
- ❑ Hispanic or Latino
- ❑ Not Hispanic or Latino

Race (mark one or more):
- ❑ American Indian or Alaska Native
- ❑ Asian
- ❑ Black or African American
- ❑ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- ❑ White

■ INTERPRETER'S STATEMENT ■

If an interpreter is provided to assist the individual to be sterilized:

I have translated the information and advice presented orally to the individual to be sterilized by the person obtaining this consent. I have also read him/her the consent form in _____ language and explained its contents to him/her. To the best of my knowledge and belief he/she understood this explanation.

_____ _____
Interpreter's Signature *Date*

■ STATEMENT OF PERSON OBTAINING CONSENT ■

Before _____ (name of individual) signed the consent form, I explained to him/her the nature of sterilization operation _____, the fact that it is intended to be a final and irreversible procedure and the discomforts, risks and benefits associated with it.

I counseled the individual to be sterilized that alternative methods of birth control are available which are temporary. I explained that sterilization is different because it is permanent.

I informed the individual to be sterilized that his/her consent can be withdrawn at any time and that he/she will not lose any health services or any benefits provided by Federal funds.

To the best of my knowledge and belief the individual to be sterilized is at least 21 years old and appears mentally competent. He/She knowingly and voluntarily requested to be sterilized and appears to understand the nature and consequence of the procedure.

_____ _____
Signature of person obtaining consent *Date*

_____
Facility

_____
Address

■ PHYSICIAN'S STATEMENT ■

Shortly before I performed a sterilization operation upon _____ (name of individual) on _____ (date of sterilization). I explained to him/her the nature of the sterilization operation _____ (specify type of operation), the fact that it is intended to be a final and irreversible procedure and the discomforts, risks and benefits associated with it.

I counseled the individual to be sterilized that alternative methods of birth control are available which are temporary. I explained that sterilization is different because it is permanent.

I informed the individual to be sterilized that his/her consent can be withdrawn at any time and that he/she will not lose any health services or benefits provided by Federal funds.

To the best of my knowledge and belief the individual to be sterilized is at least 21 years old and appears mentally competent. He/She knowingly and voluntarily requested to be sterilized and appeared to understand the nature and consequences of the procedure.

(Instructions for use of alternative final paragraphs: Use the first paragraph below except in the case of premature delivery or emergency abdominal surgery where the sterilization is performed less than 30 days after the date of the individual's signature on the consent form. In those cases, the second paragraph below must be used. Cross out the paragraph which is not used.)

(1) At least thirty days have passed between the date of the individual's signature on this consent form and the date the sterilization was performed.

(2) This sterilization was performed less than 30 days but more than 72 hours after the date of the individual's signature on this consent form because of the following circumstances (check applicable box and fill in information requested):

❑ Premature delivery
Individual's expected date of delivery: _____

❑ Emergency abdominal surgery *(describe circumstances)*:
_____
_____

_____ _____
Physician's Signature *Date*

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Health Care Access and Accountability
F-1164S (10/08)

STATE OF WISCONSIN
HFS 107.06(3)(e). Wis. Admin. Code

CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACION
CONSENT FOR STERILIZATION

AVISO: SU DECISION EN CUALQUIER MOMENTO DE NO SER ESTERILIZADA NO CAUSARA EL RETIRO O LA RETENCION DE NINGUN BENEFICIO PROPORCIONADO POR PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBAN FONDOS FEDERALES.

CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN

He pedido y recibido información sobre la esterilización de

_____.
Médico o Clínica

Cuando pedí la información inicialmente, me dijeron que la decisión de hacerme esterilizar era únicamente mía. Me dijeron que yo podía decidir no hacerme esterilizar. Me dijeron que si yo decido no hacerme esterilizar, mi decisión no afectará mi derecho de recibir tratamiento o atención en el futuro. Yo no perderé ninguna asistencia ni beneficios de programas que reciban fondos federales, tales como A.F.D.C. o *Medicaid* que ahora recibo para los cuales yo podría llegar a ser eligible.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACION DEBE SER CONSIDERADA PERMANENTE E IRREVERSIBLE. YO HE DECIDIDO QUE NO QUIERO QUEDAR EMBARAZADA, TENER HIJOS, O PROCREAR HIJOS.

Me dijeron acerca de los métodos temporales de control de la natalidad que se encuentran disponibles y que me pueden propocionar los cuales me permitirán tener o procrear un hijo en el futuro. Yo he rechazado estas alternativas y he decidido hacerme esterilizar.

Entiendo que me esterilizarán a través de una operación que se conoce como _____.

Me han explicado cuales serían los malestares, riesgos, y beneficios asociados con la operación. Todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Entiendo que la operación se efectuará por lo menos 30 días después de que yo firme este formulario. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento, y que mi decisión de no hacerme esterilizar en cualquier momento no dará como consecuencia la retención de ningún beneficio ni servicio médico que proporcionan los programas que reciben fondos federales.

Tengo por lo menos 21 años de edad y nací en fecha _____, por el presente documento,
Mes Día Año

yo, _____, doy consentimiento por mi propia voluntad de hacerme esterilizar por _____ a través de un método
Médico

denominado _____. Mi consentimiento se vence a los 180 días después de la fecha de mi firma abajo.

También doy consentimiento para revelar este formulario y otros registros médicos sobre la operación a:

Representantes del *Department of Health and Human Services,* o a funcionarios de programas o projectos financiados por el Departamento pero sólo con el propósito de determinar si se cumplieron las leyes federales.
He recibido una copia de este formulario.

_____ Fecha: _____.
Firma *Mes Día Año*

Se le pide que proporcione la siguiente información, pero no es requerida: (Etnicidad y Raza) (favor de marcar)

Etnicidad:
- ☐ Hispano o Latino
- ☐ No Hispano o Latino

Raza (marcar una o más):
- ☐ Asiático
- ☐ Negro o Afroamericano
- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
- ☐ Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífic
- ☐ Blanco

DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE

Si se proporcionaron los servicios de un intérprete para ayudar a la persona que va a ser esterilizada:

He traducido la información y los consejos proporcionados en forma oral por la persona que está obteniendo este consentimiento para la persona que se hará esterilizar. También he leído para esta persona el formulario de consentimiento en _____, y le he explicado su contenido. Según lo mejor de mis conocimientos y convicciones, él/ella ha entendido esta explicación.

_____ _____
Firma del Intérprete *Fecha*

DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE ESTÁ OBTENIENDO EL CONSENTIMIENTO

Antes de que _____ firmara este
Nombre de la persona

formulario de consentimiento, le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización _____ el hecho de que será un procedimiento final e irreversible y los malestares, riesgos y beneficios asociados con la misma.

He orientado a la persona que se hará esterilizar sobre otros métodos alternativos de control de la natalidad disponibles que son temporales. Le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente.

He informado a la persona que se hará esterilizar que puede revocar su consentimiento en cualquier momento y que él/ella no perderá ningún servicio ni beneficio de salud proporcionado con fondos federales.

Según lo mejor de mis conocimientos y convicciones, la persona que se hará esterilizar tiene por lo menos 21 años de edad y parece mentalmente competente. El/ella solicitó a sabiendas en forma voluntaria ser esterilizado/a y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

_____
Firma de la persona que obtendrá el consentimiento *Fecha*

_____
Establecimiento

_____
Dirección

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Antes de realizar la operación de esterilización a

_____ el _____,
Nombre de la persona *Fecha de la esterilización*

yo le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización

_____

el hecho de que será un procedimiento final e irreversible y los malestares, riesgos y beneficios asociados con el mismo.

Yo le di orientación a la persona que se hará esterilizar sobre otros métodos de control de la natalidad que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé a la persona que se hará esterilizar que se puede revocar su consentimiento en cualquier momento que él/ella no perderá ningún servicio ni beneficio de salud proporcionado con fondos federales.

Según lo mejor de mis conocimientos y convicciones, la persona que se hará esterilizar tiene por lo menos 21 años de edad y parece mentalmente competente. El/ella solicitó en forma voluntaria y a sabiendas ser esterilizado/a y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

(Instrucciones para utilizar otros párrafos finales alternativos: Utilice el primer párrafo de abajo, excepto en los casos de un parto prematuro o una cirugía abdominal de emergencia donde se realice la esterilización menos de 30 días después de la fecha de la firma de la persona que aparece en el formulario de consentimiento. En esos casos, se debe utilizar el segundo párrafo. Tache el párrafo que no se utilice.)

1. Han transcurrido por lo menos treinta (30) días entre la fecha de la firma de la persona que aparece este formulario de consentimiento y la fecha en que se realizó la esterilización.
2. Esta esterilización se realizó menos de treinta (30) días pero más de 72 horas después de la fecha de la firma de la persona que aparece en este formulario de consentimiento, debido a las siguientes circunstancias (marque la casilla que corresponde y llene la información que se solicita).

☐ Parto prematuro

Fecha prevista del parto de la persona _____

☐ Cirugía abdominal de emergencia (describa las circunstancias):

_____

_____

_____

_____
Firma del Médico *Fecha*