FORMA DE CONSENTIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN

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

1. Patient Name
2. Recipient Number

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 informacion sobre la esterilización de 3. _____ (doctor o clinica) Cuando me informé al respecto, 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 seré 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. _____ (Fecha) y 6. _____ (Fecha).

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

Tengo por lo menos 21 anõs de edad y naci el 7. _____ (mes) _____ (día) _____ (año).

Yo, 8. _____ por la presente consiento por mi propia voluntad a que me esterilice 9. _____ (doctor) y/o un asociado por el método conocido como 10. _____ (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. _____ (Firma) 12. ____/ (Mes) ____/ (Día) ____/ (Año)

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

13. *Raza y Designación Etnica (haga una marca)*

☐ Negro (no de orígen hispano)
☐ Hispano
☐ Asiático o de Islas del Pacifico
☐ Indio Norteamericano o Nativo de Alaska
☐ Blanco (no de orígen hispano)

■ DECLARACION DEL INTERPRETE ■

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

He traducido la información y consejos incluídos 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. _____ (nombre de la persona) firmara este formulario de consentimiento, le he explicado la naturaleza de la operación para la esterilización llamada 18. _____ (Tipo de operación), 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 proque 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. _____ (Firma de la persona que obtiene el consentimiento) 20. _____ (Fecha)

21. _____ (Establecimiento)

22. _____ (Dirección)

■ DECLARACION DEL MEDICO ■

Poco antes de efectuar la operación para la esterilización de 23. _____ (nombre de la persona a ser esterilizada) el 24. _____ (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 proque 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 perdera ninguno de los cuidados médicos o beneficios proporcionados por fondos federales.

A mi mejor entender, la persona a ser esterilizada tiene pro 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 despúes 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: _____
☐ Circugía abdominal de emergencia: (describe las circunstancias)

_____

_____

27. _____ (Médico)

28. _____ (Fecha)

MA 31-SP 1/94