

FORWARDHEALTH
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 elegible.

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 proporcionar 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 proyectos financiados por el Departamento pero sólo con el propósito de determinar si se cumplieron las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

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 Pacífico
 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.

11

Firma del Intérprete

Fecha

DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE ESTÁ OBTENIENDO EL CONSENTIMIENTO

Antes de que _____ firmara
Nombre de la persona
este 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.

7

Firma Fecha: _____
Mes Día Año

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.

15 _____
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.)

- 22
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).

- 23
- Parto prematuro
Fecha prevista del parto de la persona _____
- Cirugía abdominal de emergencia (describa las circunstancias):

26 _____
Firma del Médico *Fecha*