

AVISO: SU DECISIÓN PARA SER ESTERILIZADO, EN NINGÚN MOMENTO, RESULTARÁ EN RETIRAR O SUSPENDER NINGUNO DE SUS BENEFICIOS PROVISTOS POR PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBEN FONDOS FEDERALES.

■ **CONSENTIMIENTO PARA ESTERILIZACIÓN** ■

Yo he pedido y recibí información sobre esterilización de _____
(Médico o Clínica)

Cuando pedí la información, me han dicho que la decisión sobre la esterilización depende completamente de mí. Me dijeron que yo puedo decidir si esterilizarme o no. Si decido no esterilizarme, mi decisión no afectará mi derecho para futuros cuidados o tratamientos. No perderé ninguna ayuda o beneficios de programas que reciben fondos federales, tales como TANF o Medicaid que ahora estoy recibiendo o para los cuales puedo ser elegible.

YO ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN DEBE SER CONSIDERADA PERMANENTE Y NO ES REVERSIBLE. YO HE DECIDIDO QUE NO QUIERO QUEDAR EMBARAZADA, TENER HIJOS O PROCREARLOS

Me han informado sobre los métodos temporales para control de la natalidad que hay disponibles y que pueden proveerme, los cuales me permitirán tener niños o procrear en el futuro. Yo he rechazado estas alternativas y he decidido esterilizarme. Yo entiendo que me esterilizarán por medio de una operación conocida como _____. Me han explicado las molestias, los riesgos y beneficios asociados con la operación. Estoy satisfecho(a) con todas las respuestas a las preguntas que he tenido. Yo entiendo que se hará la operación por lo menos hasta treinta días después de haber firmado este formulario. Yo entiendo que en cualquier momento puedo cambiar de idea y que si en cualquier momento decido no esterilizarme no resultará en la retención de ninguno de mis beneficios o servicios médicos provistos bajo programas que reciben fondos federales.

Yo tengo por lo menos 21 años de edad y nací el _____
Mes Día Año
Yo, _____ por mi libre albedrío,
permito ser esterilizado(a) por _____
(Médico)

por un método llamado _____.
Mi consentimiento caduca a los 180 días de la fecha que más adelante firmo. Yo también permito que se entregue este formulario y cualquier otro registro médico acerca de esta operación a:
Representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos o empleados de programas o proyectos patrocinados por el Departamento, pero solamente para determinar si se cumplieron las leyes federales.
Yo he recibido una copia de este formulario

Firma Date _____
Mes Día Año

Se le pide que provea la siguiente información, pero no es requisito:
Designación de raza y pertenencia étnica (por favor marque)
 Indio Americano Nativo de Alaska
 Negro (no de origen Hispano)
 Asiático o Isleño del Pacífico
 Hispano
 Blanco (no de origen Hispano)

■ **DECLARACIÓN DEL INTERPRETE** ■

Si se provee un intérprete para ayudar al individuo que se esterilizará:
Yo he traducido la información y presentado verbalmente las indicaciones al individuo que se esterilizará dadas por la persona que esta obteniendo este consentimiento. Yo también le he leído el formulario de consentimiento en el idioma _____ y le he explicado el contenido. Él / ella entiende la explicación de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

Intérprete Fecha

■ **DECLARACION DE LA PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO** ■

Antes de que _____ firme el formulario de
Nombre del Individuo
consentimiento, yo le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización _____, el hecho de que es un procedimiento de intento final e irreversible y las molestias, riesgos y beneficios asociados con ello.

Yo he aconsejado al individuo que se esterilizará acerca de los métodos alternativos y temporales disponibles para control de la natalidad, le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente. Yo he informado al individuo que será esterilizado que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá ningún servicio de salud ni tampoco beneficios provistos con fondos federales. De acuerdo a mi mejor conocimiento y creencia, el individuo que será esterilizado tiene por lo menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Él / ella voluntariamente y con pleno conocimiento, pidió ser esterilizado(a) y parece entender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

Firma de la persona que obtiene el consentimiento Fecha

Lugar

Dirección

■ **DECLARACIÓN DEL MÉDICO** ■

Completarlo Es Obligatorio, III. Rev, Stat, Capítulo 23, Código P.A., bajo pena de no ser pagado. Momentos antes de hacer la operación de esterilización a:

_____ en _____,
Nombre del individuo que será esterilizado Fecha de la operación de esterilización

Yo le he explicado la naturaleza de la operación de esterilización _____,

Especifique el tipo de operación _____,

el hecho de que es un procedimiento de intento final e irreversible y las molestias, riesgos y beneficios asociados con ello. Yo le he aconsejado al individuo que se esterilizará sobre los métodos alternativos y temporales disponibles para control de la natalidad, le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente.

Yo he informado al individuo que será esterilizado que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá ningún servicio de salud tampoco beneficios provistos con fondos federales.

De acuerdo a mi mejor conocimiento y creencia, el individuo que será esterilizado tiene por lo menos 21 años de edad y parece estar competente mentalmente. Él / ella voluntariamente y con pleno conocimiento, pidió ser esterilizado(a) y parece entender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

(Instrucciones para uso en párrafos finales alternativos: Use el primer párrafo que sigue excepto en caso de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia cuando se hace la esterilización menos de 30 días después de la fecha en que el individuo firmó este formulario de consentimiento. En esos casos debe usarse el segundo párrafo que sigue. Marque con una cruz en el párrafo que no se usa.)

(1) Han pasado por lo menos 30 días de la fecha en que el individuo ha firmado el formulario de consentimiento y de la fecha en que se hizo la esterilización.

(2) Esta esterilización ha sido hecha en menos de 30 días pero no más de 72 horas después de la fecha en que el individuo firmo este formulario de consentimiento debido a las siguientes circunstancias (marque la casilla que aplica y complete la información que se pide

- Parto Prematuro
- Fecha de Parto que Espera el Individuo: : _____
- Cirugía Abdominal de Emergencia
(describa las circunstancias): _____

Médico Fecha