

CONSENTIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN

AVISO: SU DECISIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DE NO SER ESTERILIZADO NO SERÁ CAUSANTE DE RETIRO O PRIVACIÓN DE CUALQUIER BENEFICIO PROPORCIONADO EN EL PROGRAMA O LOS PROYECTOS QUE RECIBAN FONDOS FEDERALES.

CONSENTIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN

Pedí y recibí información sobre la esterilización de: (Doctor o Clínica): . La primera vez que le pedí al doctor o a la clínica la información, me dijeron que la decisión de ser esterilizado depende completamente de mí. Me dijeron que puedo decidir no ser esterilizado. Si decido no ser esterilizado, mi decisión no afectará mis derechos a cuidados o tratamientos en el futuro. No perderé ninguna ayuda ni beneficios de los programas que reciben fondos Federales, como la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) ni Medicaid que ahora reciba o para los que pueda volverme elegible.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN PUEDE SER CONSIDERADA PERMANENTE Y NO REVERSIBLE. DECIDÍ QUE NO QUIERO QUEDAR EMBARAZADA, GESTAR UN NIÑO O SER PADRE DE UN NIÑO. Me comentaron sobre los métodos temporales de anticoncepción que pueden proporcionarme y que me permitirían gestar o ser padre de un niño en el futuro. Rechacé estas alternativas y elegí ser esterilizado.

Entiendo que seré esterilizado mediante una operación conocida como (Tipo de Operación):

Las molestias, riesgos y beneficios asociados con la operación me fueron explicados. Todas mis preguntas fueron respondidas a mi total satisfacción. Entiendo que la operación no se me realizará hasta dentro de 30 días, como mínimo, después de que firme este formulario. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi decisión en cualquier momento de no ser esterilizado no causará la retención de cualquier beneficio o servicio médico proporcionado por los programas de financiamiento federal.

Tengo, al menos, 21 años y nací el (Fecha) . Yo, , por la presente y por voluntad propia doy mi consentimiento de ser esterilizado por (Doctor o Clínica) mediante un método llamado .

Mi consentimiento expira 180 días de la fecha de mi firma a continuación. También doy mi consentimiento para divulgar este formulario y otros registros médicos sobre la operación a: Representantes del Departamento de Servicios de Salud o Empleados de programas o proyectos financiados por el Departamento, pero solo para determinar si se cumplió con las leyes Estatales o Federales. Recibí una copia de este formulario.

Nombre en letra imprenta:

Firma:

Fecha:

DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE (Si se proporcionó un intérprete para ayudar al individuo a ser esterilizado)

Traduje la información y los consejos presentados oralmente al individuo que va a ser esterilizado por la persona que obtiene este consentimiento.

También leí al individuo el formulario de consentimiento en (Idioma) y expliqué su contenido al individuo. A mi leal saber y entender, el individuo entendió la explicación.

Nombre en letra imprenta:

Firma del intérprete:

Fecha:

DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

Antes de que (Nombre del Individuo) firmara el formulario de consentimiento, le expliqué al individuo la naturaleza de la operación de esterilización (Tipo de Operación), el hecho de que se supone que es un procedimiento final e irreversible y las molestias, los riesgos y los beneficios asociados a ella.

Asesoré al individuo que va a ser esterilizado sobre los métodos alternativos de anticoncepción que tiene disponibles y que son temporales. Expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente. Le informé al individuo que va a ser esterilizado que el consentimiento personal puede retirarse en cualquier momento y que no perderá servicios de salud ni ningún beneficio proporcionado con fondos Federales.

A mi leal saber y entender, creo que el individuo que va a ser esterilizado tiene, al menos, 21 años y parece mentalmente competente. El individuo con conocimiento y voluntariamente solicitó ser esterilizado y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

Firma de la Persona que Obtiene el Consentimiento:

Fecha:

Centro:

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Poco antes de realizar la operación de esterilización en (Nombre del Individuo): en la

Fecha de la Esterilización:

Le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización (Tipo de Operación), el hecho de que se busca que sea un procedimiento final e irreversible y las molestias, los riesgos y beneficios asociados con esta.

- Asesoré al individuo que va a ser esterilizado sobre los métodos alternativos de anticoncepción que tiene disponibles y que son temporales.
- Expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.
- Informé al individuo que va a ser esterilizado que el consentimiento personal puede retirarse en cualquier momento y que no perderá servicios de salud ni ningún beneficio proporcionado con fondos Federales.
- A mi leal saber y entender, creo que el individuo que va a ser esterilizado tiene, al menos, 21 años y parece mentalmente competente. El individuo con conocimiento y voluntariamente solicitó ser esterilizado y parece haber entendido la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

(Instrucciones de uso de un párrafo final alternativo:

Use el primer párrafo a continuación, excepto en el caso de un parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia en el que la esterilización se realice menos de 30 días después de la fecha de la firma del individuo en el formulario de consentimiento. En esos casos, debe usar el segundo párrafo a continuación. Tache el párrafo que no se usa).

(1) Pasaron al menos 30 días entre la fecha en que el individuo firmó este formulario de consentimiento y la fecha en que se realizó la esterilización.

(2) Esta esterilización se realizó menos de 30 días, pero más de 72 horas después de la fecha en que el individuo firmó este formulario de consentimiento por las siguientes circunstancias (marque el cuadro que corresponda y complete la información solicitada):

Parto prematuro:

Fecha Esperada de Parto del Individuo:

Cirugía abdominal de

emergencia:

Describa las circunstancias:

Firma:

Fecha: