State of California -- Health and Human Services Agency

CONSENT FORM
PM 330

Department of Health Services

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

_____ . When I first asked for
(doctor or clinic)

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

_____ .
(Name of procedure)

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 ____/____/____ .
Mo Day Yr

I, _____
Last

_____ _____
First *M. I.*

hereby consent of my own free will to be sterilized by

_____ by a
(Doctor's name)

method called _____ .
(Name of procedure)

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.**
- **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 of individual to be sterilized *Mo Day Yr*

■ 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.

_____ *Date:* ____/____/____
Signature of Interpreter *Mo Day Yr*

■ STATEMENT OF PERSON OBTAINING CONSENT ■

Before _____ signed the
(Name of Individual to be sterilized)

consent form, I explained to him/her the nature of the sterilization

operation _____, the fact that it
(Name of procedure)

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 anytime 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 consequences of the procedure.

_____ *Date:* ____/____/____
Signature of person obtaining consent *Mo Day Yr*

_____
Name of Facility where patient was counseled

_____
Address of Facility where patient was counseled *City* *State* *Zip Code*

■ PHYSICIAN'S STATEMENT ■

Shortly before I performed a sterilization operation upon

_____ on
(Name of individual to be sterilized)

____/____/____ *(Date of Sterilization),* I explained to him/her the nature of the
Mo Day Yr

sterilization operation _____ ,
(Name of procedure)

the fact that it is intended to be 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 when 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 below 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 below and fill in information requested**.)

A ☐ Premature delivery date: ____/____/____ Individual's **expected date**
Mo Day Yr

of delivery: ____/____/____ (Must be 30 days from date of patient's signature).
Mo Day Yr

B ☐ Emergency abdominal surgery; describe circumstances: _____

_____

_____ *Date:* ____/____/____
Signature of Physician performing surgery *Mo Day Yr*

State of California -- Health and Human Services Agency

CONSENT FORM - PM 330

Department of Health Services

NOTA: NINGUNO DE LOS BENEFICIOS QUE RECIBO DE LOS PROGRAMAS O PROYECTOS SUBSIDIADOS CON FONDOS FEDERALES SE ME CANCELARÁ O SUSPENDERÁ EN CASO DE QUE YO DECIDA NO ESTERILIZARME.

■ CONSENTIMIENTO PARA ESTERILIZACIÓN ■

Declaro que he solicitado y obtenido información sobre esterilización de _____ (*doctor o clinica*). Al solicitar información se me dijo que yo soy la única persona que puede decidir esterilizarme o no y que estoy en mi derecho a negarme a ser esterilizado. Mi decisión de no esterilizarme no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento médico en el futuro, y tampoco dejaré de recibir ningún tipo de asistencia o beneficios que recibo actualmente de los programas subsidiados con fondos federales, tales como A.F.D.C. o Medicaid o de aquellos a los que pudiera tener derecho en el futuro.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN DEBE SER CONSIDERADA **PERMANENTE** E **IRREVERSIBLE**. DECLARO QUE ES MI DECISIÓN EL NO QUERER VOLVER A EMBARAZARME, DAR A LUZ O SER PADRE NUEVAMENTE.

Declaro que se me ha informado acerca de la existencia de otros métodos anticonceptivos temporales que están a mi disposición y que me permitirían en un futuro tener hijos o ser padre nuevamente. Sin embargo, he rehusado estos metodos alternativos y he decidido esterilizarme.

Entiendo que se me va a esterilizar mediante un método conocido como:

_____ (*Nombre del procedimiento*)

Declaro que se me explicaron los malestares, riesgos y beneficios asociados con la operación, y que se respondió a todas mis preguntas satisfactoriamente.

Entiendo que la operación no se llevará a cabo hasta por lo menos treinta (30) días después de que firme este formulario, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y decidir no esterilizarme. Si decido no esterilizarme, no dejaré de recibir ninguno de los beneficios o servicios médicios ofrecidos por los programas subsidiados con fondos federales.

Declaro tener al menos 21 años de edad y que nací en ____/____/____. *Mes Día Año*

Apellido

Nombre *I.*

por medio de la presente doy mi consentimiento libre y voluntario para ser esterilizado/a por _____ (*Nombre del Doctor*)

utilizando un método conocido como _____ (*Nombre del procedimiento*)

Mi consentimiento es válido sólo por un plazo de **180 días** a partir de la fecha en que firme este formulario como se muestra **abajo**.

Asimismo, doy mi consentimiento para que este formulario y otros expedientes médicos sobre la operación se den a conocer a:

- **Representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos.**
- **Empleados de los programas o proyectos que reciben fondos de dicho Departamento, pero únicamente para determinar si se cumplieron las leyes federales.**

He recibido copia de este formulario.

_____ *Fecha:* ____/____/____

Firma de la persona a se esterilizada *Mes Día Año*

■ DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE ■

Si se requiere de un intérprete para asistir a la persona que va a ser esterilizada: Declaro que he traducido la información y los consejos verbales que la persona que recibe este consentimiento le ha dado a la persona que va a ser esterilizada. También le he leído a la persona el contenido de este formulario de consentimiento en idioma _____ y le he explicado su contenido. A mi mejor saber y entender dicha persona ha comprendido las explicaciones que se le dieron.

_____ *Fecha:* ____/____/____

Firma del intérprete *Mes Día Año*

PM 330 (1/99) (Sp)

■ DECLARACION DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CONSENTIMIENTO ■

Declaro que antes de que _____ (*Nombre de la persona a ser esterilizada*) firmara el formulario de consentimiento, le expliqué la naturaleza del método de esterilización conocido como _____ (*Nombre del procedimiento*). También le expliqué que dicha operación es final e irreversible, y le informe sobre los malestares, riesgos y beneficios asociados con dicho procedimiento.

Declaro que le he explicado a la persona a ser esterilizada acerca de la existencia de otros métodos anticonceptivos temporales y que a diferencia de estos, el método de esterilización es irreversible.

Declaro que le he informado a la persona a ser esterilizada que puede desistir en cualquier momento a este consentimiento y que esto no traerá como consecuencia la péridida de ningún servicio médico o beneficio subsidiado con fondos federales

Declaro que, a mi mejor saber y entender, la persona a ser esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y parece estar en su sano juicio. Dicha persona, de forma voluntaria y con conocimiento de causa, ha solicitado ser esterilizada y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

_____ *Fecha:* ____/____/____

Firma de quien recibe el consentimiento *Mes Día Año*

_____

Nombre del lugar donde el paciente recibió la información

_____

Dirección del lugar donde el paciente recibió la información Ciudad Estado Código Postal

■ DECLARACIÓN DEL MÉDICO ■

Declaro que poco aqntes de operar a _____ (*Nombre de la persona a ser esterilizada*) en ____/____/____ (*Fecha de esterilización*), le explique la naturaleza del metodo de esterilizacion conocido como _____ (*Nombre del procedimiento*), también le expliqué que este método es final e irreversible y le informé de los malestares, riegos y beneficios asociados con este procedimiento.

Mes Día Año

Declaro que le he explicado a la persona a ser esterilizada acerca de la existencia de otros métodos anticonceptivos temporales y que ha diferencia de estos, el método de esterilización es irreversible.

Declaro que le he informado a la persona a ser esterilizada que puede desistir en cualquier momento a este consentimiento y que esto no traerá como consecuencia la pérdida de ningún servicio médico o beneficios subsidado con fondos federales.

Declaro que, a mi mejor saber y entender, la persona a ser esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y parece estar en su sano juicio. Dicha persona, de forma voluntaria y con conocimiento de causa, ha solicitado ser esterilizada y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

(**Instrucciones para el Uso Alternativo de los Párrafos Finales:** Use el primer párrafo de abajo excepto en caso de parto prematuro o cirugía del abdomen de emergencia cuando la esterilización se lleve a cabo antes de que se cumplan treinta (30) días desde que la persona firmó este consentimiento. En dichos casos se debe usar el segundo párrafo. **Tachar el párrafo de abajo que no es usado.**

(1) Han pasado por lo menos trienta (30) días desde que la persona firmó este consentimiento y la fecha en que se realizó la esterilización.

(2) La esterilización se realizó en menos de 30 días, pero después de 72 horas desde que la persona firmó este consentimiento debido a lo siguiente: (**Marque la casilla correspondiente de abajo y escriba la información que se solicita.**)

A ☐ Fecha de parto prematuro: ____/____/____ **Fecha anticipada** del parto: ____/____/____ (Debe ser 30 dias a partir de la firma de la persona).

Mes Día Año

B ☐ Cirugía del abdomen de emergencia; describa las circunstancias: ____

_____

_____ *Fecha:* ____/____/____

Firma del Doctor a cargo de la cirugía *Mes Día Año*