HW0034S
(12/01)

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

AVISO: SI DECIDE, EN CUALQUIER MOMENTO, NO ESTERILIZARSE NO RESULTARÁ EN EL RETIRO O RETENCIÓN DE CUALQUIER BENEFICIO DADO POR PROGRAMAS O PROYECTOS RECIBIENDO FONDOS FEDERALES.

■ CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN ■

Yo he pedido y he recibido información sobre la esterilización, del doctor o clínica _____. Cuando inicialmente pedí información, me dijeron que la decisión de ser esterilizado(a) es completamente mía. Me dijeron que podía decidir no ser esterilizado(a). Si decido no esterilizarme, mi decisión no afectará mi derecho a recibir cuidado o tratamiento en el futuro. No perderé ayuda ni beneficios de programas que reciben fondos federales, como Medicaid, que actualmente recibo o para los cuales tal vez sea elegible.

YO ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN DEBE SER CONSIDERADA **PERMANENTE Y NO REVERSIBLE**. YO HE DECIDIDO QUE YA NO QUIERO SALIR EMBARAZADA O TENER HIJOS.

Me han dicho sobre los métodos anticonceptivos temporales que me están disponibles y que puedo recibir, que me permitirían tener hijos en el futuro. Yo he rehusado estas alternativas y he escogido ser esterilizado(a).

Yo entiendo que seré esterilizado(a) por medio de una operación que se conoce como _____. Ya me han explicado las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con esta operación. Todas mis preguntas han sido respondidas con satisfacción.

Yo entiendo que la operación no se llevará a cabo hasta por lo menos 30 días después de firmar este formulario. Entiendo que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y que mi decisión de no ser esterilizado(a) no resultará en el retiro de cualquier beneficio ni de servicios médicos dados por los programas financiados federalmente.

Tengo por lo menos 21 años de edad y nací la fecha _____.
Mes Día Año

Yo, _____, por la presente consiento por voluntad propia a ser esterilizado(a) por el doctor _____: por un método que se llama _____. Mi consentimiento expira en 180 días de la fecha de mi firma abajo.

Yo también autorizo liberar este formulario y otros registros médicos sobre la operación a:

Representantes del Departamento de Salud, de Educación y de Bienestar o a

Empleados de programas o proyectos financiados por el Departamento pero sólo para determinar si las leyes federales están siendo observadas.

Yo he recibido una copia de este formulario.

_____ fecha _____
Firma *Mes Día Año*

Se le pide, pero no se requiere, que provea la siguiente información:

Raza y designación étnica (por favor marque una):

- ☐ Indio Americano o nativo de Alaska
- ☐ Asiático o de las islas del Pacífico
- ☐ Negro (no de origen hispano)
- ☐ Hispano
- ☐ Blanco (no de origen hispano)

■ DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE ■

Si se provee un intérprete para asistir a la persona que va a ser esterilizada:

Yo he traducido la información y el consejo presentado oralmente a la persona que va a ser esterilizada por la persona recibiendo este consentimiento. Yo también le he leído el formulario de consentimiento en el idioma _____ y he explicado su contenido.

En lo mejor de mi conocimiento y creencia él o ella entiende esta explicación.

_____ _____
Intérprete *Fecha*

■ DECLARACIÓN DE LA PERSONA RECIBIENDO EL CONSENTIMIENTO ■

Antes de que _____ firmara el consentimiento,
nombre de la persona
yo le expliqué la naturaleza de la operación para hacer la esterilización llamada _____, el hecho de que el propósito es de tener un procedimiento final e irreversible y las molestias, riesgos y beneficios asociados con ésta.

Yo le aconsejé a la persona que existen otros métodos anticonceptivos temporales alternos. Expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Yo le informé a la persona que su consentimiento puede ser retirado en cualquier momento y que él o ella no perderá ningún servicio de salud o beneficios provistos por fondos federales.

En lo mejor de mi conocimiento y creencia la persona que va a ser esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Él o ella, a sabiendas y voluntariamente, ha solicitado ser esterilizado(a) y parece entender la naturaleza y las consecuencias de este procedimiento.

_____ _____
Firma de la persona recibiendo el consentimiento *Fecha*

_____
Centro u Oficina

_____
Dirección

■ DECLARACIÓN DEL MÉDICO ■

Poco antes de esterilizar a _____ en
Nombre de la persona que va a ser esterilizada
_____, yo le expliqué la naturaleza de la
Fecha de la operación
operación para esterilizarlo(a) _____,
especifique el tipo de operación
el hecho de que su propósito es final e irreversible y las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con ésta.

Yo le he aconsejado sobre los métodos anticonceptivos temporales alternos que están disponibles. Yo le expliqué que la diferencia es que la esterilización es permanente.

Yo le informé que su consentimiento puede ser retirado en cualquier momento y que no puede perder servicios de salud ni beneficios provistos por fondos federales.

En lo mejor de mi conocimiento y creencia la persona que va a ser esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Él o ella sabe y pide voluntariamente ser esterilizado(a) y parece entender la naturaleza de las consecuencias del procedimiento.

(Instructions for use of alternative final paragraphs: *Use the first paragraph below except in the case of premature delivery or emergency abdominal surgery where 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 which is not used.)*

(1) Por lo menos 30 días han pasado entre la fecha de la firma de la persona en este consentimiento y la fecha en que se llevó a cabo la esterilización.

(2) Esta esterilización se llevó a cabo en menos de 30 días pero más de 72 horas después de la fecha de la firma de la persona en este consentimiento porque (marque las casillas que aplican y llene la información que se pide):

- ☐ Parto prematuro
- ☐ Fecha tentativa de parto de la persona:
- ☐ Cirugía abdominal de emergencia:

(describa las circunstancias):

_____
Médico
Fecha
_____

DISTRIBUCIÓN DE COPIAS: 1. Paciente 2. Médico 3. Agencia, Programa o Proyecto Estatal