

CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN

NOTA: LA DECISIÓN DE NO ESTERILIZARSE QUE USTED PUEDE TOMAR EN CUALQUIER MOMENTO, NO CAUSARÁ EL RETIRO O LA RETENCIÓN DE NINGÚN BENEFICIO QUE LE SEA PROPORCIONADO POR PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBEN FONDOS FEDERALES.

■ CONSENTIMIENTO PARA ESTERILIZACIÓN ■

Yo he solicitado y he recibido información de

_____ (médico o clínica)

sobre la esterilización. Cuando inicialmente solicité esta información, me dijeron que la decisión de ser esterilizada/o es completamente mía. Me dijeron que yo podía decidir no ser esterilizada/o. Si decido no esterilizarme, mi decisión no afectará mi derecho a recibir tratamiento o cuidados médicos en el futuro. No perderé ninguna asistencia o beneficios de programas patrocinados con fondos federales, tales como A.F. D. C. o Medicaid, que recibo actualmente o para los cuales seré elegible.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN SE CONSIDERA UNA OPERACIÓN PERMANENTE E IRREVERSIBLE. YO HE DECIDIDO QUE NO QUIERO QUEDAR EMBARAZADA, NO QUIERO TENER HIJOS O NO QUIERO PROCREAR HIJOS.

Me informaron que me pueden proporcionar otros métodos de anticoncepción disponibles que son temporales y que permitirán que pueda tener o procrear hijos en el futuro. He rechazado estas opciones y he decidido ser esterilizada/o.

Entiendo que seré esterilizada/o por medio de una operación conocida como _____.

Me han explicado las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con la operación. Han respondido satisfactoriamente a todas mis preguntas.

Entiendo que la operación no se realizará hasta que hayan pasado 30 días, como mínimo, a partir de la fecha en la que firme esta Forma. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi decisión en cualquier momento de no ser esterilizada/o no resultará en la retención de beneficios o servicios médicos proporcionados a través de programas que reciben fondos federales.

Tengo por lo menos 21 años y nací el: _____ (día, mes, año)

Yo, _____, por medio de la presente doy mi consentimiento de mi libre voluntad para ser esterilizada/o por _____ (médico)

por el método llamado _____. Mi consentimiento vence 180 días a partir de la fecha en la que firme este documento.

También doy mi consentimiento para que se presente esta Forma y otros expediente médicos sobre la operación a:

Representantes del Departamento de Salud y Servicios Sociales, o Empleados de programas o proyectos financiados por ese Departamento, pero sólo para que puedan determinar si se han cumplido las leyes federales.

He recibido una copia de esta Forma.

_____ fecha: _____ (firma) (día, mes, año)

Se ruega proporcione la siguiente información, aunque no es obligatorio hacerlo: (Definición de raza y origen étnico)

- | | |
|--|---|
| Origen étnico: | Raza (marque según aplique): |
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino | <input type="checkbox"/> Indígena americano o indígena de Alaska |
| <input type="checkbox"/> No hispano o latino | <input type="checkbox"/> Asiático |
| | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| | <input type="checkbox"/> Natural de Hawaii u otras islas del Pacífico |
| | <input type="checkbox"/> Blanco |

■ DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE ■

Si se han proporcionado los servicios de un intérprete para asistir a la persona que será esterilizada:

He traducido la información y los consejos que verbalmente se le han presentado a la persona que será esterilizada/o por el individuo que ha obtenido este consentimiento. También le he leído a él/ella la Forma de consentimiento en idioma _____ y le he explicado el contenido de esta forma. A mi mejor saber y entender, ella/él ha entendido esta explicación.

_____ (firma del intérprete) _____ (fecha)

■ DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO ■

Antes de que _____ (nombre de persona)

firmara la Forma de Consentimiento para la Esterilización, le he explicado a ella/él los detalles de la operación

_____, para la esterilización, el hecho de que el resultado de este procedimiento es final e irreversible, y las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con este procedimiento.

He aconsejado a la persona que será esterilizada que hay disponibles otros métodos de anticoncepción que son temporales. Le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le he explicado a la persona que será esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que ella/él no perderá ningún servicio de salud o beneficio proporcionado con el patrocinio de fondos federales.

A mi mejor saber y entender, la persona que será esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Ella/él ha solicitado con conocimiento de causa y por libre voluntad ser esterilizada/o y parece entender la naturaleza del procedimiento y sus consecuencias.

_____ (firma de la persona que obtiene el consentimiento) _____ (fecha)

_____ (lugar)

_____ (dirección)

■ DECLARACIÓN DEL MÉDICO ■

Previamente a realizar la operación para la esterilización a

_____ (nombre de persona esterilizada/o)

en _____ (fecha de esterilización). Le expliqué a él/ella los detalles de esta operación para la esterilización

_____, del hecho de que

_____ (especifique tipo de operación)

es un procedimiento con un resultado final e irreversible, y las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con esta operación.

Le aconsejé a la persona que sería esterilizada que hay disponibles otros métodos de anticoncepción que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé a la persona que sería esterilizada que podía retirar su consentimiento en cualquier momento y que ella/él no perdería ningún servicio de salud o ningún beneficio proporcionado con el patrocinio de fondos federales.

A mi mejor saber y entender, la persona que será esterilizada tiene a lo menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Ella/él ha solicitado con conocimiento de causa y libre voluntad ser esterilizada/o y parece entender el procedimiento y las consecuencias de este procedimiento.

(Instrucciones para uso alternativo de párrafos finales: Utilice el párrafo 1 que se presenta a continuación, excepto para casos de parto prematuro y cirugía abdominal de emergencia cuando se ha realizado la esterilización a menos de 30 días después de la fecha en la que la persona firmó la Forma de Consentimiento para la Esterilización. Para esos casos, utilice el párrafo 2 que se presenta más adelante. Tache con una X el párrafo que no se aplique.)

(1) Han transcurrido por lo menos 30 días entre la fecha en la que la persona firmó esta Forma de Consentimiento y la fecha en la que se realizó la esterilización.

(2) La operación para la esterilización se realizó a menos de 30 días, pero a más de 72 horas, después de la fecha en la que la persona firmó la Forma de Consentimiento debido a las siguientes circunstancias (marque la casilla apropiada y escriba la información requerida):

Parto prematuro
Fecha prevista de parto: _____

Cirugía abdominal de urgencia (Describa las circunstancias):

_____ (firma del médico) _____ (fecha)