

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO REQUERIDO

NOTA: Si en cualquier momento decide no hacerse esterilizar ello no resultara en que se le retiren o retengan cualquiera de los beneficios proporcionados por programas o proyectos que reciben fondos del gobierno federal.

CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN

He pedido y recibido información sobre la esterilización de _____ . Cuando me informé al respecto, _____
(doctor o clínica)

se me dijo que la decisión de hacerme esterilizar es absolutamente mía. Me han informado que, si así lo deseo, puedo decidir no hacerme esterilizar. Si decido no hacerme esterilizar, esta decisión no afectará mis derechos a cuidados o tratamiento futuros. No perderé ninguno de los beneficios de programas que reciben fondos federales, como por ejemplo FIP o Medicaid que esté recibiendo en la actualidad o que pueda recibir en el futuro.

Entiendo que la esterilización se considera permanente e irrevocable. He decidido que no quiero quedar embarazada, tener hijos o procrear hijos.

Se me ha informado acerca de los métodos anticonceptivos que están disponibles y que se me podrán proporcionar, los que si me permitirán tener un hijo o procrear un hijo en el futuro. He rechazado estas alternativas y he elegido el ser esterilizado(a).

Entiendo que será esterilizado(a) por medio de una operación conocida bajo el nombre de _____. Los inconvenientes, riesgos y beneficios asociados con esta operación me han sido explicados. Todas mis preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria.

Entiendo que la operación no se hará hasta por lo menos 30 días después de haber firmado este consentimiento. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi decisión de no hacerme esterilizar no resultará en que se me retiren cualquiera de los beneficios o servicios médicos proporcionados por fondos federales.

Tengo por lo menos 21 años de edad y nací el _____ día _____ mes _____ año.

Yo, _____, por la presente consiento por mi propia voluntad a que me esterilice _____, por el método conocido como _____ (doctor)

Mi consentimiento se vence a los 180 días de la fecha de mi firma.

También consiento a que este formulario y otros antecedentes médicos sean puestos a la disposición de:

- Representantes del Departamento de Salud, Educación y Bienestar (Department of Health, Education and Welfare) o
- Empleados de programas o proyectos que operan con fondos de ese departamento, pero solamente para determinar si se han cumplido las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

firma	mes	día	año
-------	-----	-----	-----

Se le pide que proporcione la siguiente información, pero esto no es obligatorio:

Raza y Designación Étnica (haga una marca):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Negro (no de origen hispano) | <input type="checkbox"/> Indio Norteamericano o Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Blanco (no de origen hispano) |
| <input type="checkbox"/> Asiático o de Islas del Pacífico | |

DECLARACION DEL INTERPRETE

Si se proporciona un intérprete para asistir a la persona a ser esterilizada:

He traducido la información y consejos incluidos dados en forma oral por la persona que obtiene este consentimiento, a la persona a ser esterilizada. También le he leído el formulario de consentimiento en el idioma _____ y le he explicado su contenido.

Según mi mejor entender esta persona ha comprendido esta explicación.

intérprete	fecha
------------	-------

DECLARACION DE LA PERSONA QUE OBTIENE ESTE CONSENTIMIENTO

Antes de que _____ firmara este formulario de consentimiento, le he explicado la naturaleza de la operación para la esterilización llamada _____, y el hecho de que se trata de un procedimiento final e irrevocable, habiéndole explicado también los inconvenientes, riesgos y beneficios que la acompañan.

Advertí a la persona a ser esterilizada que existen métodos anticonceptivos alternos, que son temporarios. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

He informado a la persona a ser esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá ninguno de los servicios de salud o cualquier otro beneficio proporcionado con fondos federales.

De acuerdo a mi mejor entender, la persona a ser esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y parece tener capacidad mental suficiente. Esta persona ha solicitado en forma voluntaria, con pleno conocimiento de lo que implica, que la esterilicen y parece comprender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

firma de la persona que obtiene el consentimiento	fecha
establecimiento	
dirección	

DECLARACION DEL MEDICO

Poco antes de efectuar la operación para la esterilización de _____ el _____

nombre de la persona a ser esterilizada fecha de la operación

le expliqué la naturaleza de la operación llamada _____ tipo de operación

así como el hecho de que es un procedimiento final e irrevocable, así como los inconvenientes, riesgos y beneficios derivados del mismo.

He advertido a la persona a ser esterilizada que existen métodos anticonceptivos que son temporarios. Le he explicado que la esterilización es diferente, porque es permanente.

He informado a la persona a ser esterilizada que su consentimiento puede ser retirado en cualquier momento y que por ello no perderá ninguno de los cuidados médicos o beneficios proporcionados por fondos federales.

A mi mejor entender, la persona a ser esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y tiene la suficiente capacidad mental. Ha pedido voluntariamente y con pleno conocimiento el ser esterilizado(a) y parece comprender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

(Instrucciones para el uso de párrafos finales alternos: Utilice el primer párrafo que sigue, excepto en casos de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia, en que la esterilización se efectúa menos de 30 días después de la fecha de la firma del formulario de consentimiento. En dichos casos, deberá usarse el segundo párrafo de los que siguen. Tache el párrafo que no utilice.)

(1) Por lo menos treinta días han transcurrido entre la fecha en que la persona firmó el formulario de consentimiento y la fecha en que se efectuó la operación de esterilización.

(2) Esta esterilización fue efectuada menos de 30 días pero mas de 72 horas después de haber firmado la persona el formulario de consentimiento, debido a las circunstancias siguientes (haga una marca donde corresponda y de la información requerida):

- Parto prematuro
Fecha en que debiera haber ocurrido el parto: _____
- Cirugía abdominal de emergencia: (describa las circunstancias)

médico	fecha
--------	-------