

Patient's name	Medicaid ID
Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	

Autorización para esterilización

Aviso: Su decisión, en cualquier momento, de no someterse a la esterilización, no resultará en el retiro o retención de ningún beneficio otorgado por los programas o proyectos que reciben fondos federales.

Declaración del paciente:

He pedido y recibido información sobre la esterilización de parte de _____ (*doctor o clínica*). Cuando pedí información por primera vez, se me informó que la decisión sobre la esterilización dependía de mí completamente. Se me informó que yo podía decidir no someterme a la esterilización. Si decido no esterilizarme, mi decisión no afectará mi derecho a atención de salud o tratamiento en el futuro. No perderé ninguna ayuda ni beneficios de programas que reciban fondos federales como el AFDC o Medicaid, que obtengo ahora o para los cuales puedo ser elegible en el futuro.

Entiendo que la esterilización debe considerarse como un procedimiento permanente y no reversible. He decidido que no quiero embarazarme, ni tener o criar hijos.

Se me informó sobre los métodos temporales para el control de la natalidad que están disponibles y de los cuáles podría hacer uso, y que me permitirían tener y criar a un hijo en el futuro. He rechazado estas alternativas y he decidido esterilizarme.

Entiendo que se me esterilizará con una operación conocida como _____ . Se me han explicado las molestias, riesgos y beneficios asociados con la operación. Todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Entiendo que la operación no se realizará por lo menos hasta después de 30 días luego de que yo firme este formulario. Entiendo que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y que mi decisión, en cualquier momento, de no esterilizarme, no resultará en la retención de ningún beneficio o servicio médico ofrecido por programas financiados por fondos federales.

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

Yo, _____, por la presente autorizo, por mi libre voluntad, que el Dr. _____ (*médico*) me realice una esterilización a través de un método llamado _____.

Mi autorización expira en 180 días a partir de la fecha de mi firma, la cual se encuentra a continuación. También doy autorización para la divulgación de este formulario y otros expedientes médicos sobre la operación a: los representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos o a los empleados de los programas o proyectos financiados por el Departamento, pero solo para determinar si se cumplieron las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

Firma

Fecha (mes/día/año)

Raza y origen étnico (*por favor verifique*). Le pedimos que otorgue la siguiente información, pero no es un requisito:

- Origen étnico: Hispano o latino No hispano o latino
- Raza (*marque una o más*): Indio(a) Americano(a) o Natural de Alaska Asiático Negro o afroamericano
- Natural de Hawái o de las Islas del Pacífico Blanco

Declaración del/de la intérprete (*si un(a) intérprete asistió al individuo que será esterilizado*)

He traducido la información y asesoría presentados verbalmente al individuo que será esterilizado por la persona que obtiene la autorización. También le he leído el formulario de autorización en _____ (*idioma*) y le he explicado su contenido. A mi leal saber y entender él/ella entendió la explicación.

Firma

Fecha (mes/día/año)

Declaración de la persona que obtiene la autorización

Antes de que _____ (*nombre del individuo*) firmara el formulario de autorización, le expliqué la naturaleza de la operación para esterilización _____ (*nombre de la operación*), el hecho de que tiene la intención de ser un procedimiento definitivo e irreversible, y las molestias, riesgos y beneficios asociados con el procedimiento. Yo asesoré al individuo que será esterilizado sobre los métodos alternativos para el control de la natalidad que están disponibles y que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente debido a que es permanente. Le informé al individuo que será esterilizado que su autorización puede ser retirada en cualquier momento y que él/ella no perderá ningún servicio o beneficio de salud ofrecido con fondos federales.

A mi leal saber y entender el individuo que será esterilizado tiene por lo menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Él/ella, con conocimiento de causa y voluntariamente, solicitó la esterilización y parece entender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

Firma de la persona que obtiene la autorización

Fecha (mes/día/año)

Centro: _____

Dirección: _____

Declaración del médico:

Poco antes de realizarle la operación de esterilización a _____ (*nombre del individuo*) el _____ (*fecha de la operación de esterilización*), le expliqué a él/ella la naturaleza de la operación de esterilización _____ (*especifique el tipo de operación*), el hecho de que tiene la intención de ser un procedimiento definitivo e irreversible y las molestias, riesgos y beneficios asociados con dicho procedimiento. Yo asesoré al individuo que será esterilizado sobre los métodos alternativos para el control de la natalidad que están disponibles y que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente debido a que es permanente. Le informé al individuo que será esterilizado que su autorización puede ser retirada en cualquier momento y que él/ella no perderá ningún servicio o beneficio de salud ofrecido con fondos federales.

A mi leal saber y entender el individuo que será esterilizado tiene por lo menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Él/ella, con conocimiento de causa y voluntariamente, solicitó la esterilización y parece entender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

Instrucciones para uso de los párrafos finales alternativos:

Use el primer párrafo que se encuentra a continuación excepto en caso de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia en la que la esterilización se realice en menos de 30 días a partir de la firma del individuo en el formulario de autorización. En esos casos, debe usarse el segundo párrafo. Tache el párrafo que no se utilizará.

- (1) Por lo menos 30 días han pasado entre la fecha de la firma del individuo en el formulario de autorización y la fecha en la que se realizó la esterilización.
- (2) Esta esterilización fue realizada antes de los 30 días, pero más de 72 horas después de la fecha de la firma del individuo en este formulario de autorización debido a las siguientes circunstancias (*marque las casillas aplicables y llene la información solicitada*):
 - Parto prematuro: Fecha esperada del parto para el individuo _____ (*mes/día/año*).
 - Cirugía abdominal de emergencia (*describa las circunstancias*): _____

Firma del médico

Fecha (mes/día/año)