

[Reset form](#)[Print form](#)

Patient's name / Nombre del paciente

Medicaid ID

HEALTH SYSTEMS DIVISION
Integrated Health Programs**Oregon**
Health
Authority

Consentimiento para histerectomía

Llenar sólo una de las siguientes secciones

I. Casos en que una persona capaz de tener hijos

Solamente en este caso, se debe dar una copia de este formulario a la paciente y una copia a su representante si la paciente está representada por otra persona.

Declaración del médico: esta histerectomía no se realiza con el único fin de hacer que la paciente antes nombrada quede permanentemente incapaz de reproducirse. La paciente y su representante, si lo hubiera, fueron informados tanto en forma verbal como por escrito de que este procedimiento quirúrgico, la histerectomía, la dejaría permanentemente incapaz de tener hijos.

Recomiendo una histerectomía para esta paciente por las siguientes razones médicas:

Firma del médico_____
Fecha

Declaración de la paciente o de su representante: antes de someterme a este procedimiento quirúrgico, recibí y entiendo la información oral y escrita que explica que luego de la histerectomía quedará permanentemente incapacitada para tener hijos.

Firma del paciente o representante del paciente_____
Fecha

II. Casos de esterilidad previa o de emergencia potencialmente mortal

El consentimiento de la paciente no fue necesario debido a lo siguiente (marcar lo que corresponda):

La persona era estéril en el momento de la histerectomía. Indicar la causa de la esterilidad:

La histerectomía se hizo en una situación de emergencia potencialmente mortal en la que determiné que el consentimiento previo no era posible. Describir la naturaleza de la emergencia:

Firma del médico_____
Fecha

III. Casos de elegibilidad para Medicaid retroactiva

Llenar la sección II si la paciente era previamente estéril o si la histerectomía se hizo en condiciones de emergencia potencialmente mortal.

Antes de hacer la histerectomía, informé a la paciente antes nombrada de que la histerectomía la dejaría permanentemente incapacitada para tener hijos.

Firma del médico_____
Date