CONSENTIMIENTO PARA ESTERILIZACIÓN
(Consent to Sterilization)

AVISO: SI UD. DECIDE EN CUALQUIER MOMENTO QUE NO QUIERE SER ESTERILIZADO(A), NO SE LE QUITARÁ NI RETENDRÁ NINGÚN BENEFICIO PROVISTO POR PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBEN FONDOS FEDERALES.

■ DECLARACIÓN DEL PACIENTE ■

He pedido y recibido información sobre esterilización de _____ (médico/clínica).

Cuando pedí la información me dijeron que la decisión de ser esterilizado es completamente mía. Me dijeron que yo podía decidir no hacerlo. Si yo decido no ser esterilizado, mi decisión no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. No perderé ninguna ayuda ni beneficios de programas que reciben fondos federales o estatales, como AFDC o Medicad que estoy recibiendo ahora, o para los que puedo ser elegible en el futuro.

Entiendo que la esterilización se debe considerar permanente e irreversible. He decidido que no quiero quedar embarazada, tener hijos ni engendrar hijos.

Me hablaron sobre los métodos temporales de control de la natalidad que se me podrían brindar, y que me permitirían tener o engendrar hijos en el futuro. Rechacé esas alternativas y decidí ser esterilizado.

Entiendo que seré esterilizado mediante una operación conocida como _____. Me han explicado las incomodidades, riesgos y beneficios asociados con la operación. Todas mis preguntas fueron contestadas en forma satisfactoria.

Entiendo que la operación no se llevará a cabo hasta por lo menos treinta días después de que yo firme este formulario. Entiendo que puedo cambiar de idea en cualquier momento y que mi decisión de no ser esterilizado no impedirá que yo reciba beneficios o servicios médicos provistos por programas que reciben fondos federales.

Soy al menos 21 años de edad y nací el _____.
(mes/día/año)

Yo,_____ por la presente consiento por mi propia voluntad a ser esterilizado(a) por _____(médico) por un método llamado _____. Mi consentimiento expira a los 180 días de la fecha de mi firma al pie de esta página.

También consiento a que se divulgue este formulario y otros registros médicos sobre la operación a:

Representantes del Departamento de Salud, Educación y Asistencia Social o

Empleados de los programas o proyectos que reciben fondos de ese departamento pero sólo para determinar si se observaron las leyes federales u Oficina de Programas de Asistencia Médica.

He recibido una copia de este formulario.

Le pedimos que dé la siguiente información, pero no tiene obligación de hacerlo: *Raza y etnicidad (por favor marque)*

- ☐ Indígena americano/ Nativo de Alaska
- ☐ Asiático/Islas del Pacífico
- ☐ Negro (no de origen hispano)
- ☐ Hispano
- ☐ Blanco (no de origen hispano)

Firma _____

Fecha (mes/día/año)_____

Número de Medicad _____

■ DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE ■

Si se provee un intérprete para ayudar a la persona que va a ser esterilizada: He traducido la información y los consejos dados oralmente a la persona a ser esterilizada por la persona que obtuvo este consentimiento.

También le leí el formulario de consentimiento en _____(idioma) y le expliqué sus contenidos. A mi mejor saber y entender, él/ella entendió esta explicación.

Firma _____

Fecha (mes/día/año) _____

■ DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO ■

Nombre de la persona_____ Operación de esterilización_____

Antes de que la persona nombrada firmara el formulario de consentimiento, yo le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización, el hecho de que es un procedimiento final e irreversible, y las incomodidades, riesgos y beneficios asociados con la misma.

Expliqué a la persona a ser esterilizada que hay otros métodos de control de la natalidad que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé que podía retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perdería ningún servicio ni beneficio de salud provisto por fondos federales.

A mi mejor saber y entender, la persona a ser esterilizada ☐ tiene ☐ no tiene por lo menos 21 años de edad y parece mentalmente competente. Él/Ella a sabiendas y voluntariamente pidió ser esterilizado(a) y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

_____ _____
Firma de la persona que obtiene el consentimiento *Fecha (mes/día/año)*

_____
Institución

_____
Institución Dirección

■ DECLARACIÓN DEL MÉDICO ■

Nombre de la persona a ser esterilizada

_____

Fecha de la operación de esterilización_____Tipo de operación_____

Momentos antes de efectuar la operación de esterilización, le expliqué a la persona nombrada la naturaleza de la operación de esterilización, el hecho de que es un procedimiento final e irreversible, y las incomodidades, riesgos y beneficios asociados con la misma.

Expliqué a la persona a ser esterilizada que hay otros métodos de control de la natalidad que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé que podía retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perdería ningún servicio ni beneficio de salud provisto por fondos federales.

A mi mejor saber y entender, la persona a ser esterilizada tiene no tiene por lo menos 21 años de edad y parece mentalmente competente. Él/Ella a sabiendas y voluntariamente pidió ser esterilizado(a) y parecía entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

Instrucciones para el uso de los párrafos finales alternativos: Use el primer párrafo que sigue excepto en el caso de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia donde la esterilización se realiza menos de 30 días después de la fecha de la firma de la persona en el formulario de consentimiento. En esos casos se debe usar el segundo de los siguientes párrafos. **Marque uno**.

☐ Han pasado por lo menos treinta días entre la fecha de la firma de esta persona en este formulario de consentimiento y la fecha en que se realizó la esterilización.

☐ Esta esterilización se realizó menos de 30 días después pero más de 72 horas después de la fecha de la firma de la persona en este formulario de consentimiento debido a las siguientes circunstancias (marque la casilla que corresponda y ponga la información pedida):

☐ Parto prematuro; fecha en que se esperaba que ocurriera el parto: _____

☐ Cirugía abdominal de emergencia (describa las circunstancias):

_____

_____

_____

Firma del Médico _____

Fecha (mes/día/año) _____