

**FORMA del CONSENTIMIENTO de la ESTERILIZACIÓN de HEALTH FIRST COLORADO  
(Colorado's Medicaid Program)(MED-178)**

Identificación de Health First Colorado miembro: \_\_\_\_\_

AVISO: SU DECISIÓN QUE NO SE ESTERILIZARÁ NO DARÁ LUGAR EN CUALQUIER MOMENTO AL RETIRO O A LA RETENCIÓN DE NINGUNA VENTAJAS PROPORCIONADA POR PROGRAMAS O PROJECTS QUE RECIBE FONDOS FEDERALES.

**■ CONSENTIMIENTO A LA ESTERILIZACIÓN ■**

He pedido y recibido información acerca de la esterilización de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. Cuando primero pedí

*1. Información del abastecedor o de la clínica del cuidado médico*

información, me dijeron que la decisión que me esterilize es completamente mía. Me dijeron que podría decidir no ser esterilizado. Si decido no ser esterilizado, mi decisión no afectará el derecho al cuidado o al tratamiento medico en el futuro. No perderé ninguna ayuda o ningunos ventajas de los programas que reciben fondos federales tales como ayuda temporal para las familias con necesidad (TANF) o Medicaid que ahora esté consiguiendo o para cuáles puedo ser elegible.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN SE DEBE CONSIDERAR PERMANENTE Y NO REVERSIBLE. HE DECIDIDO QUE NO DESEO EMBARAZO, NI ENTERGAR NINOS O VOLVER A SER PADRE.

Me hablaron de esos métodos temporales anticonceptivos que están disponibles y se podrían proporcionarme cuáles permitirán que lleve o que engendre a niños en el futuro. He rechazado estas alternativas y he elegido ser esterilizado.

Entiendo que una operación me esterilizaré, conocida como \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. Los malestares, riesgos

*2. El tipo de procedimiento*

y las ventajas asociadas con la operación se me han explicado. Todas mis preguntas se han contestado a mi satisfacción.

Entiendo que la operación no será hecha hasta por lo menos treinta días después de que firmo esta forma. Entiendo que puedo cambiar mi mente en cualquier momento y que mi decisión no ser esterilizada no afectará ningunas ventajas o servicios médicos proporcionados por programas financiadas por el gobierno federal.

Soy por lo menos 21 años de la edad y nací: \_\_\_\_\_

*3. Fecha de nacimiento*

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio de

*4. Nombre de la voluntad*

Consentimiento, eligo de mi propia libertad ser esterilizado por \_\_\_\_\_ por el metodo

*5. El método del abastecedor o de la clínica del cuidado médico*

conocido como \_\_\_\_\_ Mi

*6. El tipo de procedimiento*

consentimiento expira 180 días a partir de la fecha de mi firma abajo.

También consiento al lanzamiento de esta forma y de otros expedientes médicos sobre la operación a los representantes de los E.E.U.U. Departamento de los servicios de salud y humanos, o empleados de los programas o de los proyectos financiados por el departamento pero solamente para determinarse si las leyes federales fueron observados.

He recibido una copia de esta forma.

*7. Firma del miembro*

*8. Fecha de la firma*

Le solicitan proveer la información siguiente, pero no se requiere: (9. *DECLARACIÓN de S del INTÉRPRETE de la pertenencia étnica y de la raza*)'

*Pertenencia étnica:*

*Raza:*

Hispano o Latino

Indio Americano o del Natural de Alaska

No Hispano o Latino

Asiático

Negro o Africano Americano

Hawaiano o Otro Pacífico del Isleño

Blanco

**■ DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE ■**

Si proporcionan un intérprete para asistir al individuo que se esterilizará: He traducido la información y el consejo presentado oralmente al individuo que se esterilizará por la persona que obtenía este consentimiento. Le he leído al miembro esta forma del consentimiento en \_\_\_\_\_ y explicado su contenido al miembro.

*10. Lengua*

Al mejor de mi conocimiento y creencia, el miembro ha entendido esta explicación.

*11. Firma del intérprete*

*12. Fecha de la DECLARACIÓN*

**■ DECLARACION DE LA PERSONA OBTENIENDO CONSENTIMIENTO ■**

Antes de que \_\_\_\_\_ firmara la forma del

*13. Nombre del miembro*

consentimiento, le expliqué al miembro de lo que se trata la operación de esterilización conocida como \_\_\_\_\_ y de

*14. El tipo de procedimiento*

el hecho de que es permanente, final e irreversible y también de los malestares, los riesgos, y las ventajas asociadas.

Le aconsejé al individuo que fuera esterilizado, que los métodos alternativos anticonceptivos están disponibles, y que son temporales. Expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé al individuo que el consentimiento del miembro puede ser retirado en cualquier momento y que el miembro no perderá cualquier servicio médico o cualesquiera ventajas proporcionadas por fondos federales.

Al mejor de mi conocimiento y creencia, el individuo que se esterilizará es por lo menos 21 años y parece mentalmente competente. El miembro a eligido y solicitado voluntariamente ser esterilizado y parece entender de lo que se trata y las consecuencias del procedimiento.

*15. Firma de la persona que obtiene consentimiento*

*16. Fecha de la firma*

*17. Nombre de la facilidad donde la información sobre la esterilización fue dada al miembro*

*Dirección de la facilidad (ciudad incluyendo, estado, y código postal)'*

**■ DECLARACIÓN del MÉDICO ■**

Poco antes de realizar la operación de la esterilización sobre \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

*18. Nombre del miembro*

*19. Fecha del procedimiento*

le expliqué al individuo de lo que se trata la operación conocida como \_\_\_\_\_ el hecho de la esterilización

*20. El tipo de procedimiento*

es final e irreversible, y los malestares, los riesgos, y las ventajas asociadas con él.

Aconsejé al individuo que fuera esterilizado que los métodos alternativos anticonceptivos están disponibles que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé al individuo que se esterilizará que el consentimiento del miembro puede ser retirado en cualquier momento y que no perderá el miembro ningunos servicios médicos o ventajas proporcionados por los fondos federales.

Al mejor de mi conocimiento y creencia, el individuo que se esterilizará es por lo menos 21 años que parece ser mentalmente competente. El miembro con conocimiento ha solicitado voluntariamente ser esterilizado y parece entender las consecuencias del procedimiento.

**(Instrucciones para el uso del párrafo final alternativo:** Utilice el primer párrafo abajo excepto en el caso de entrega prematura o de una operación de emergencia donde la esterilización se realiza menos de 30 días después de la fecha de la firma del individuo en la forma del consentimiento. En esos casos, el segundo párrafo abajo debe ser utilizado. Marque el párrafo que no se utiliza.)

21. (1) Por lo menos 30 días han pasado entre la fecha en que el individuo firmo esta forma del consentimiento y la fecha en que el procedimiento de la esterilización fue realizada.

21. (2) La esterilización fue realizada menos de 30 días pero más de 72 horas después de la fecha de la firma del individuo en esta forma del consentimiento debido a las circunstancias siguientes (marque la caja aplicable y completa la información solicitada):

a. Entrega prematura. Fecha de la entrega prevista: \_\_\_\_\_

b. Cirugía abdominal de la emergencia (describa las circunstancias): \_\_\_\_\_

*22. Firma de la persona que realizó procedimiento*

*23. Fecha de la firma*

24. Si el nombre de un médico individual se enumera en el campo 5 (más bien que un grupo o un nombre de la clínica) y el nombre de ese médico es diferente de la firma en el campo 22, éste es porque:

- Un distinto médico estaba en llamada a la hora del procedimiento
- Un distinto médico de la misma práctica realizó el procedimiento
- Otro (explique por favor: Declaración \_\_\_\_\_)

**Federal del Acto de la Reducción del Papeleo  
(No de OMB. 0937-0166)**

Una agencia federal puede conducir o no patrocinar, y no requieren a una persona responder a, una colección de información a menos que exhiba el número actualmente válido del control de OMB. La carga de divulgación pública para esta colección de información variará; sin embargo, estimamos un promedio de una hora por respuesta, incluyendo para repasar instrucciones, recopilar y mantener los datos necesarios, y divulgar la información. Envíe cualquier comentario con respecto la estimación de la carga o a cualquier otro aspecto de esta colección de información al oficial de separación de los informes del OS, edificio del sitio 503 HHH de ASBTF/Budget, avenida de la independencia 200, interruptor, Washington, dc 20201.

Los respondedores deben ser informados a que la colección de información solicitada en esta forma es autorizada por la parte 50, subpart B de 42 CFR, referente a la esterilización de personas en programas federal asistidos de la salud pública. El propósito de solicitar esta información es asegurarse de que los individuos que solicitan la esterilización reciben la información con respecto los riesgos, las ventajas y a las consecuencias, y asegurar el consentimiento voluntario e informado de todas las personas que experimentan procedimientos de la esterilización en programas federal asistidos de la salud pública. Aunque no están requeridos, solicitan los respondedores proveer la información sobre su raza y pertenencia étnica. La falta de proporcionar la otra información solicitada en esta forma del consentimiento, y de firmar esta forma del consentimiento, puede dar lugar a una inhabilidad de recibir los procedimientos de la esterilización financiados con programas federal asistidos de la salud pública.

Toda la información en cuanto a hechos personales y circunstancias obtenidos a través de esta forma será llevada a cabo confidencial, y no divulgada sin el consentimiento del individuo, conforme a ningunas regulaciones aplicables del secreto.