

NOTA: NINGUNO DE LOS BENEFICIOS QUE RECIBO DE LOS PROGRAMAS O PROYECTOS SUBSIDIADOS CON FONDOS FEDERALES SE ME CANCELARÁ O SUSPENDERÁ EN CASO DE QUE YO DECIDA NO ESTERILIZARME.

CONSENTIMIENTO PARA ESTERILIZACIÓN

Declaro que he solicitado y obtenido información sobre esterilización de (doctor o clínica). Al solicitar información se me dijo que yo soy la única persona que puede decidir esterilizarme o no y que estoy en mi derecho a negarme a ser esterilizado.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN DEBE SER CONSIDERADA PERMANENTE E IRREVERSIBLE. DECLARO QUE ES MI DECISIÓN EL NO QUERER VOLVER A EMBARAZARME, DAR A LUZ O SER PADRE NUEVAMENTE.

Declaro que se me ha informado acerca de la existencia de otros métodos anticonceptivos temporales que están a mi disposición y que me permitirían en un futuro tener hijos o ser padre nuevamente.

Entiendo que se me va a esterilizar mediante un método conocido como:

(Nombre del procedimiento)

Declaro que se me explicaron los malestares, riesgos y beneficios asociados con la operación, y que se respondió a todas mis preguntas satisfactoriamente.

Entiendo que la operación no se llevará a cabo hasta por lo menos treinta (30) días después de que firme este formulario, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y decidir no esterilizarme.

Declaro tener al menos 21 años de edad y que nací en Mes / Día / Año.

Grid for last name (Apellido) with 20 columns.

Grid for first name (Nombre) with 20 columns and a small box for initials (I.).

por medio de la presente doy mi consentimiento libre y voluntario para ser esterilizado/a por

(Nombre del Doctor)

utilizando un método conocido como

(Nombre del procedimiento)

Mi consentimiento es válido sólo por un plazo de 180 días a partir de la fecha en que firme este formulario como se muestra abajo.

Asimismo, doy mi consentimiento para que este formulario y otros expedientes médicos sobre la operación se den a conocer a:

- Representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
Empleados de los programas o proyectos que reciben fondos de dicho Departamento, pero únicamente para determinar si se cumplieron las leyes federales.

He recibido copia de este formulario.

Fecha: / /

Firma de la persona a se esterilizada

Mes Día Año

DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE

Si se requiere de un intérprete para asistir a la persona que va a ser esterilizada: Declaro que he traducido la información y los consejos verbales que la persona que recibe este consentimiento le ha dado a la persona que va a ser esterilizada.

idioma y le he explicado su contenido. A mi mejor saber y entender dicha persona ha comprendido las explicaciones que se le dieron.

Fecha: / /

Firma del intérprete

Mes Día Año

DECLARACION DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CONSENTIMIENTO

Declaro que antes de que (Nombre de la persona a ser esterilizada) firmara el formulario de consentimiento, le expliqué la naturaleza del método de esterilización conocido como

(Nombre del procedimiento)

También le expliqué que dicha operación es final e irreversible, y le informo sobre los malestares, riesgos y beneficios asociados con dicho procedimiento.

Declaro que le he explicado a la persona a ser esterilizada acerca de la existencia de otros métodos anticonceptivos temporales y que a diferencia de estos, el método de esterilización es irreversible.

Declaro que le he informado a la persona a ser esterilizada que puede desistir en cualquier momento a este consentimiento y que esto no traerá como consecuencia la pérdida de ningún servicio médico o beneficio subsidiado con fondos federales

Declaro que, a mi mejor saber y entender, la persona a ser esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y parece estar en su sano juicio. Dicha persona, de forma voluntaria y con conocimiento de causa, ha solicitado ser esterilizada y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

Fecha: / /

Firma de quien recibe el consentimiento

Mes Día Año

Nombre del lugar donde el paciente recibió la información

Dirección del lugar donde el paciente recibió la información Ciudad Estado Código Postal

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Declaro que poco antes de operar a

(Nombre de la persona a ser esterilizada) en

(Fecha de esterilización), le explique la naturaleza del metodo de esterilizacion conocido como

(Nombre del procedimiento)

también le expliqué que este método es final e irreversible y le informé de los malestares, riesgos y beneficios asociados con este procedimiento.

Declaro que le he explicado a la persona a ser esterilizada acerca de la existencia de otros métodos anticonceptivos temporales y que ha diferencia de estos, el método de esterilización es irreversible.

Declaro que le he informado a la persona a ser esterilizada que puede desistir en cualquier momento a este consentimiento y que esto no traerá como consecuencia la pérdida de ningún servicio médico o beneficios subsidiado con fondos federales.

Declaro que, a mi mejor saber y entender, la persona a ser esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y parece estar en su sano juicio. Dicha persona, de forma voluntaria y con conocimiento de causa, ha solicitado ser esterilizada y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

(Instrucciones para el Uso Alternativo de los Párrafos Finales: Use el primer párrafo de abajo excepto en caso de parto prematuro o cirugía del abdomen de emergencia cuando la esterilización se lleve a cabo antes de que se cumplan treinta (30) días desde que la persona firmó este consentimiento. En dichos casos se debe usar el segundo párrafo. Tachar el párrafo de abajo que no es usado.

(1) Han pasado por lo menos treinta (30) días desde que la persona firmó este consentimiento y la fecha en que se realizó la esterilización.

(2) La esterilización se realizó en menos de 30 días, pero después de 72 horas desde que la persona firmó este consentimiento debido a lo siguiente: (Marque la casilla correspondiente de abajo y escriba la información que se solicita.)

A [] Fecha de parto prematuro: / / Fecha anticipada del Mes Día Año

parto: / / (Debe ser 30 días a partir de la firma de la persona). Mes Día Año

B [] Cirugía del abdomen de emergencia; describa las circunstancias:

Fecha: / /

Firma del Doctor a cargo de la cirugía

Mes Día Año