

## Formulario de reconocimiento del consentimiento para una histerectomía

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

ID del miembro \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_

NPI/Número de proveedor \_\_\_\_\_

### PARTE A

Complete la **PARTE A** si el consentimiento se obtiene **ANTES** de la cirugía.

Se anticipa que \_\_\_\_\_ (médico) me realizará una histerectomía. Entiendo que existen indicaciones médicas para esta cirugía. Se me ha explicado y entiendo que esta histerectomía me incapacitará permanentemente para concebir hijos.

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Firma del miembro \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la persona  
explicando la histerectomía \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### PARTE B

Complete la **PARTE B** si el consentimiento se obtiene **DESPUÉS** de la cirugía.

El \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa), \_\_\_\_\_ (médico) me realizó una histerectomía. Entiendo que había indicaciones médicas para esta cirugía. Antes del procedimiento, el médico volvió a explicarme que esta cirugía me incapacitaría permanentemente para concebir hijos.

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Firma del miembro \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la persona  
explicando la histerectomía \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### PARTE C

Complete la **PARTE C** si **NO** se obtuvo un consentimiento.

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Marque la opción que corresponda:

Otra razón para esterilidad \_\_\_\_\_

Ligadura de trompas previa Fecha (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

Situación de emergencia (*describa*) \_\_\_\_\_



Firma del médico \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_