

Formulario de consentimiento para esterilización

Todos los reclamos de esterilización deben procesarse de acuerdo con los siguientes lineamientos federales:

LINEAMIENTOS

El periodo de espera entre el consentimiento y la esterilización no debe exceder 180 días y debe ser cuando menos de 30 días, excepto en los casos de un parto prematuro y cirugía abdominal de emergencia. El día en que el cliente firma el formulario de consentimiento y las fechas quirúrgicas no se incluyen en el requerimiento de 30 días. Por ejemplo, un cliente firma el formulario de consentimiento el 1° de julio. Para determinar cuándo se completa el periodo de espera, cuente los 30 días a partir del 2° de julio. El último día del periodo de espera sería el 31 de julio; por lo tanto, la intervención puede realizarse el 1° de agosto.

En caso de un parto prematuro, el cliente debe completar y firmar el formulario de consentimiento cuando menos 72 horas antes de la esterilización y cuando menos 30 días antes de la fecha prevista para el parto.

En caso de una cirugía abdominal de emergencia, el cliente debe completar y firmar el formulario de consentimiento cuando menos 72 horas antes de la esterilización.

El formulario de consentimiento provisto por el cirujano debe adjuntarse a cada reclamo para los procedimientos relacionados con una esterilización; por ejemplo, clínica de centro quirúrgico ambulatorio, médico, anestesista, hospital de pacientes internos o externos. Se rechazará cualquier reclamo de un procedimiento relacionado con una esterilización que no tenga un formulario de consentimiento válido, firmado y fechado.

Todos los espacios en blanco del formulario de consentimiento deben completarse con la información solicitada. El formulario de consentimiento debe firmarse y fecharse por el cliente, el intérprete (si uno es necesario), la persona obteniendo el consentimiento y el médico que realizará la esterilización.

La declaración del médico en el formulario de consentimiento debe firmarse y fecharse por el médico que realizará la esterilización en la fecha de la esterilización o después de que se haya realizado el procedimiento de esterilización. La fecha del formulario de reclamo de esterilización debe ser idéntica a la fecha y el tipo de cirugía provista en la declaración del médico.

SUGERENCIAS:

- Escriba con letra de molde legible para evitar que su reclamo sea rechazado. Todo el formulario debe ser legible.
- El médico de origen tiene la propiedad de este formulario y debe proveer copias correctas y exactas a todas las partes involucradas en la facturación.
- Los campos 7, 8 y 15, 16 deben completarse antes del procedimiento.
- Todos los campos pueden corregirse; sin embargo, las correcciones deben hacerse con una (1) línea sobre el error y deben ponerse las iniciales del paciente.
- La persona que firmó la línea es la única que puede hacer la alteración.
- No se aceptarán correcciones con líquido blanco.
- Debe hacerse todo lo posible para completar el formulario correctamente sin ningún cambio.

Sección	# de campo	Acción
Consentimiento para esterilización	1	Ingrese el nombre del médico o nombre de la clínica de la cual el cliente recibió la información sobre esterilización.
	2	Ingrese el tipo de cirugía (sin abreviaturas)
	3	Ingrese la fecha de nacimiento del cliente (MM/DD/AA). El cliente debe tener cuando menos 21 años de edad.
	4	Ingrese el nombre del cliente
	5	Ingrese el nombre del médico realizando la cirugía
	6	Ingrese el nombre del tipo de cirugía (sin abreviaturas)
	7	El cliente que será esterilizado(a) firma aquí
	8	El cliente pone la fecha de su firma aquí
	9	Marque una (1) casilla apropiada para el cliente. Este punto se pide, pero NO es requerido.
Declaración del intérprete	10	Ingrese el nombre del idioma al cual se tradujo la información.
	11	El intérprete firma aquí
	12	El intérprete pone la fecha de su firma aquí
Declaración de la persona obteniendo el consentimiento	13	Ingrese el nombre del cliente
Declaración de la persona obteniendo el consentimiento Declaración del médico	14	Ingrese el nombre de la cirugía (sin abreviaturas)
	15	La persona obteniendo el consentimiento del cliente firma aquí
	16	La persona obteniendo el consentimiento del cliente pone la fecha de su firma aquí
	17	La persona obteniendo el consentimiento del cliente ingresa el nombre del centro médico donde la persona obteniendo el consentimiento está empleada. El nombre del centro médico debe deletrearse por completo (sin abreviaturas).
	18	La persona obteniendo el consentimiento del cliente ingresa la dirección completa del centro médico en #17 arriba. La dirección debe estar completa, incluyendo estado y código postal.
	19	Ingrese el nombre del cliente
Declaración del médico	20	Ingrese la fecha de la cirugía de esterilización
	21	Ingrese el tipo de cirugía (sin abreviaturas)
	22	Marque la casilla correspondiente: <ul style="list-style-type: none"> • Si se marca parto prematuro, el proveedor debe escribir la fecha esperada para el parto aquí. • Si se marca cirugía abdominal, describa las circunstancias aquí.
	23	• El médico realizando la esterilización firma aquí
	24	El médico realizando la esterilización pone la fecha de su firma aquí

Formulario de consentimiento para esterilización

AVISO: SI EN CUALQUIER MOMENTO USTED DECIDE NO SER ESTERILIZADO(A), ESTO NO RESULTARÁ EN LA PÉRDIDA O RETENCIÓN DE NINGÚN BENEFICIO PROVISTO POR LOS PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBEN FONDOS FEDERALES.

CONSENTIMIENTO PARA ESTERILIZACIÓN

He pedido y recibido información sobre la esterilización de 1 _____ . Cuando pedí la información por primera vez, me dijeron que la decisión de esterilizarme depende completamente de mí. Me dijeron que yo podía decidir no esterilizarme. Si decido no esterilizarme, mi decisión no afectará mi derecho a recibir futuros cuidados o tratamientos. No perderé ninguna ayuda o beneficio de los programas que reciben fondos federales, tales como A.F.D.C. o EqualityCare que ahora estoy obteniendo o para lo cual podría volverme elegible.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN DEBE CONSIDERARSE PERMANENTE Y NO REVERSIBLE. HE DECIDIDO QUE NO DESEO QUEDAR EMBARAZADA, TENER HIJOS O CONCEBIR HIJOS.

Se me ha dicho sobre los métodos anticonceptivos temporales que están disponibles y que podrían proveerse para mí, los cuales me permitirán tener o concebir un hijo en el futuro. He rechazado estas alternativas y he elegido la esterilización.

Entiendo que seré esterilizado(a) mediante una cirugía conocida como 2 _____ . Se me han explicado las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con esta cirugía. Todas mis preguntas se han respondido a mi satisfacción.

Entiendo que la cirugía no se realizará hasta cuando menos treinta días después de que yo firme este formulario. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi decisión en cualquier momento de no ser esterilizado(a) no resultará en la retención de ningún beneficio o servicio médico provisto por los programas financiados con fondos federales.

Tengo cuando menos 21 años de edad y nací el 3 _____ mes día año

4 Yo, _____, por este medio doy mi consentimiento por voluntad propia para ser esterilizado(a) por 5 _____ (doctor) mediante un método llamado 6 _____. Mi consentimiento expira 180 días después de la fecha de mi firma abajo.

También doy mi consentimiento para la divulgación de este formulario y otros registros médicos sobre la cirugía a:

Representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos o Empleados de programas o proyectos financiados por dicho departamento, pero solamente para determinar si se respetaron las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

7 _____ 8 Fecha: _____
Firma Mes Día Año

9 Pedimos que usted proporcione la siguiente información, pero no es requerido:

Designación de raza y etnicidad (por favor marque uno)

- Nativo americano o nativo de Alaska
 Negro (no de origen hispano)
 Asiático o de las Islas del Pacífico
 Hispano
 Blanco (no de origen hispano)

DECLARACIÓN DEL

INTÉRPRETE

Si se proporciona un intérprete para asistir a la persona que será esterilizada:

He traducido la información y los consejos presentados oralmente para la persona que será esterilizada por la persona obteniendo este consentimiento. También he leído para él/ella el formulario de consentimiento en el idioma 10 _____

_____ y le he explicado su contenido. A mi leal saber y entender, él/ella ha entendido esta explicación.

11 _____ 12 _____
Firma del intérprete Fecha

DECLARACIÓN DE LA PERSONA OBTENIENDO EL CONSENTIMIENTO

Antes de que 13 _____ (nombre de la persona) firmara el formulario de consentimiento, le expliqué la naturaleza de la cirugía de esterilización 14 _____, el hecho de que se trata de un procedimiento definitivo e irreversible y las molestias, riesgos y ventajas asociados con este procedimiento.

Informé a la persona que será esterilizada que existen métodos anticonceptivos alternativos disponibles que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Informé a la persona que será esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá ningún servicio médico o beneficio provisto con fondos federales.

A mi leal saber y entender, la persona que será esterilizada tiene cuando menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Él/ella ha solicitado consciente y voluntariamente ser esterilizado(a) y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

15 _____ 16 _____
Firma de la persona obteniendo el consentimiento Fecha

17 _____

Centro médico

18 _____

Dirección

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Poco antes de realizar una cirugía de esterilización a 19 _____ (nombre de la persona que será esterilizada) el 20 _____

_____ (fecha de la cirugía de esterilización),

expliqué para él/ella la naturaleza de la cirugía de esterilización 21 _____

_____ (especificar tipo de cirugía) y el hecho de que se trata de un procedimiento definitivo e irreversible y las molestias, riesgos y beneficios asociados con este procedimiento.

Informé a la persona que será esterilizada que existen métodos anticonceptivos alternativos disponibles que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Informé a la persona que será esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá ningún servicio médico o beneficio provisto con fondos federales.

A mi leal saber y entender, la persona que será esterilizada tiene cuando menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Él/ella solicitó consciente y voluntariamente ser esterilizado(a) y parecía entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

Instrucciones para el uso de párrafos finales alternativos: Use el primer párrafo abajo, excepto en el caso de un parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia cuando la esterilización se realiza menos de 30 días después de la fecha de la firma del individuo en el formulario de consentimiento. En esos casos, deberá usarse el segundo párrafo abajo. Tache el párrafo que no se use.

- (1) Han transcurrido cuando menos treinta días entre la fecha de la firma de la persona en este formulario de consentimiento y la fecha en que se realizó la esterilización.
- (2) Esta esterilización se realizó menos de 30 días, pero más de 72 horas después de la fecha de la firma del individuo en este formulario de consentimiento, debido a las siguientes circunstancias (marque la casilla correspondiente y llene la información solicitada):

Parto prematuro

Fecha prevista para el parto de la persona: 22 _____ (Fecha)

Cirugía abdominal de emergencia: _____

(describa las circunstancias): _____

23 _____ 24 _____
Médico Fecha