

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|---|--|
| Sterilization Consent Form (Spanish) (FAX consent form to 1-512-514-4229) | | * Indica una sección requerida. | | | | | |
| | | ** Indica una sección requerida bajo ciertas condiciones. Vea las instrucciones de abajo. | | | | | |
| 1. Client Medicaid or DSHS Client Number: | | *2. Date Client Signed: / / (month/day/year) | | | | | |
| Nota: La decisión de no esterilizarse que usted puede tomar en cualquier momento, no causará el retiro o la retención de ningún beneficio que le sea proporcionado por programas o proyectos que reciben fondos federales. | | | | | | | |
| Consentimiento para Esterilización | | | | | | | |
| Yo he solicitado y he recibido información de _____ (*3. médico o clínica) sobre la esterilización. Cuando inicialmente solicité esta información, me dijeron que la decisión de ser esterilizada/o es completamente mía. Me dijeron que yo podía decidir no ser esterilizada/o. Si decido no esterilizarme, mi decisión no afectará mi derecho a recibir tratamiento o cuidados médicos en el futuro. No perderé ninguna asistencia o beneficios de programas patrocinados con fondos federales, tales como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o Medicaid, que recibo actualmente o para los cuales podría calificar. | | | | | | | |
| Entiendo que la esterilización se considera una operación permanente e irreversible. Yo he decidido que no quiero quedar embarazada, no quiero tener hijos o no quiero procrear hijos. Me informaron sobre otros métodos de anticoncepción disponibles que son temporales y que permitirán que pueda tener o procrear hijos en el futuro. He rechazado estas opciones y he decidido ser esterilizada/o. | | | | | | | |
| Entiendo que seré esterilizada/o por medio de una operación conocida como _____ (*4. especificar el tipo de operación). Me han explicado las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con la operación. Han respondido satisfactoriamente a todas mis preguntas. | | | | | | | |
| Entiendo que la operación no se llevará a cabo hasta que hayan pasado 30 días, como mínimo, a partir de la fecha en la que firme esta Forma. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi decisión en cualquier momento de no ser esterilizada/o no resultará en la retención de beneficios o servicios médicos proporcionados a través de programas que reciben fondos federales. | | | | | | | |
| Tengo por lo menos 21 años y nací el _____ (*5. cumpleaños del cliente, mm/dd/yyyy). Yo, _____ (*6. nombre completo del cliente), por medio de la presente doy mi consentimiento de mi libre voluntad para ser esterilizada/o por _____ (*7. médico o clínica) por el método llamado _____ (*8. especificar el tipo de operación). | | | | | | | |
| Mi consentimiento vence 180 días a partir de la fecha que aparece abajo con mi firma. | | | | | | | |
| También doy mi consentimiento para que se presente esta Forma y otros expediente médicos sobre la operación a: Representantes del Departamento de Salud y Servicios Sociales, o Empleados de programas o proyectos financiados por ese Departamento, pero sólo para que puedan determinar si se han cumplido las leyes federales. He recibido una copia de esta Forma. | | | | | | | |
| *9. Firma: | | *10. Fecha: / / (mes, día, año) | | | | | |
| Definición de Raza y Origen Étnico (Se ruega proporcione la siguiente información, aunque no es obligatorio hacerlo) | | | | | | | |
| <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:25%; vertical-align: top;"> 11. Origen étnico <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Hispano o latino </td> <td style="width:25%; vertical-align: top;"> 12. Raza (marque según aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano </td> <td style="width:25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Natural de Hawaii u otras islas del P </td> <td style="width:25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano </td> </tr> </table> | | | | 11. Origen étnico <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Hispano o latino | 12. Raza (marque según aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Natural de Hawaii u otras islas del P | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| 11. Origen étnico <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Hispano o latino | 12. Raza (marque según aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Natural de Hawaii u otras islas del P | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | | | | |
| Declaración Del Intérprete | | | | | | | |
| (NO llene esta sección si no se requiere un intérprete. Si se requiere un intérprete para asegurar que el cliente entienda bien lo que dice el formulario y los servicios que le van a ofrecer, será necesario llenar esta sección.) | | | | | | | |
| Si se han proporcionado los servicios de un intérprete para asistir a la persona que será esterilizada: | | | | | | | |
| He traducido la información y los consejos que verbalmente se le han presentado a la persona que será esterilizada/o por el individuo que ha obtenido este consentimiento. También le he leído a él/ella la Forma de Consentimiento en idioma _____ (13. idioma del cliente) y le he explicado el contenido de esta forma. A mi mejor saber y entender, ella/él ha entendido esta explicación. | | | | | | | |
| **14. Firma: | | **15. Fecha: / / (mes, día, año) | | | | | |
| Declaración De La Persona Que Obtiene Consentimiento | | | | | | | |
| Antes de que _____ (*16. nombre completo del cliente) firmara la Forma de Consentimiento para la Esterilización, le he explicado a ella/él los detalles de la operación _____ (*17. especificar el tipo de operación), para la esterilización, el hecho de que el resultado de este procedimiento es final e irreversible, y las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con este procedimiento. | | | | | | | |
| He aconsejado a la persona que será esterilizada que hay disponibles otros métodos de anticoncepción que son temporales. Le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente. Le he explicado a la persona que será esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que ella/él no perderá ningún servicio de salud o beneficio proporcionado con el patrocinio de fondos federales. A mi mejor saber y entender, la persona que será esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Ella/él ha solicitado con conocimiento de causa y por libre voluntad ser esterilizada/o y parece entender la naturaleza del procedimiento y sus consecuencias. | | | | | | | |
| *18. Firma de la persona que obtiene el consentimiento: | | *19. Fecha: / / (mes, día, año) | | | | | |
| *20. Nombre del lugar: | | *21. Dirección del lugar: | | | | | |
| Declaración Del Médico | | | | | | | |
| Un poco antes de realizar la operación para la esterilización a _____ (*22. nombre de persona por ser esterilizada/o), en _____ (*23. fecha de esterilización), le expliqué a él/ella los detalles de esta operación para la esterilización _____ (*24. especificar el tipo de operación), del hecho de que es un procedimiento con un resultado final e irreversible, y las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con esta operación. | | | | | | | |
| Le aconsejé a la persona que sería esterilizada que hay disponibles otros métodos de anticoncepción que son temporales. | | | | | | | |
| Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente. Le informé a la persona que sería esterilizada que podía retirar su consentimiento en cualquier momento y que ella/él no perdería ningún servicio de salud o ningún beneficio proporcionado con el patrocinio de fondos federales. | | | | | | | |
| A mi mejor saber y entender, la persona que sera esterilizada tiene a lo menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Ella/él ha solicitado con conocimiento de causa y libre voluntad ser esterilizada/o y parece entender el procedimiento y las consecuencias de este procedimiento. | | | | | | | |
| *25. Elija una de las dos afirmaciones siguientes según corresponda: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> (1) Han transcurrido por lo menos 30 días entre la fecha en la que la persona firmó esta Forma de Consentimiento y la fecha en la que se realizó la esterilización. (Nota: Utilice el párrafo 1 que se presenta a continuación, <i>excepto</i> para casos de parto prematuro y cirugía abdominal de emergencia cuando se ha realizado la esterilización a menos de 30 días después de la fecha en la que la persona firmó la Forma de Consentimiento para la Esterilización.) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> (2) La operación para la esterilización se realizó a menos de 30 días, pero a más de 72 horas, después de la fecha en la que la persona firmó la Forma de Consentimiento debido a una de las siguientes circunstancias. **26. Si usted elegido la opción #2, marque la casilla correspondiente a continuación y complete la información solicitada: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> (2a) Parto prematuro - Fecha prevista de parto _____ (**26a. mes, día, año) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> (2b) Cirugía abdominal de urgencia (**26b. Describa las circunstancias): _____ | | | | | | | |
| *27. Firma del médico: | | *28. Fecha: / / (mes, día, año) | | | | | |
| Declaración Sobre Ley De Reducción De Trámites | | | | | | | |
| De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta solicitud es 0937-0166. Se ha estimado que el tiempo promedio necesario para completar esta recolección de información es 1 hora y 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de información existente, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del cálculo (s) del tiempo o sugerencias para mejorar esta forma, por favor escriba a: U.S. Department of Health & Human Services, OS/OCIO/PRA, 200 Independence Ave., S.W., Suite 537-H, Washington D.C. 20201, Attention: PRA Reports Clearance Officer. [HHS-687] | | | | | | | |
| All Fields in This Box Required for Processing | | | | | | | |
| *29. TPI: | | *30. NPI: | | | | | |
| 32. Provider/Clinic Telephone: | | 31. Taxonomy: | | | | | |
| *33. Provider/Clinic Fax Number: | | 34. Benefit Code: | | | | | |