



Client Name
Medicaid I.D. Number

Consentimiento para Histerectomía (Hysterectomy Cosent)

Llene sólo una de las siguientes secciones.

I. Casos en la mujer puede tener hijos

Esta histerectomía no se realiza con el sólo propósito de hacer que la paciente nombrada arriba quede permanentemente incapaz de reproducirse. La paciente y su representante, de haber alguno, fueron informados tanto verbalmente como por escrito que el procedimiento quirúrgico, histerectomía, la dejaría permanentemente incapaz de tener hijos. Recomiendo una histerectomía para esta paciente por las siguientes razones médicas:

Firma del médico

Fecha

DECLARACIÓN DE LA PACIENTE O DEL REPRESENTANTE

Antes del procedimiento quirúrgico, recibí y entendí información tanto oral como escrita que me explicó que después de someterme a una histerectomía quedaré permanentemente incapaz de tener hijos.

Firma del paciente o del representante

Fecha

Sólo en esta circunstancia, se debe dar una copia de este formulario a la paciente y se debe dar una copia a su representante si la paciente está representada por otra persona

II. Casos de esterilidad previa o emergencia en que pelagra la vida

El reconocimiento de la paciente no se requirió debido a la siguiente circunstancia (marque la casilla que corresponda):

La persona era estéril al momento de la histerectomía. Escriba las causas de la esterilidad:

La histerectomía se realizó durante una situación de emergencia en que peligraba la vida en la que determiné que no era posible el reconocimiento previo. Describa la naturaleza de la emergencia:

Firma del médico

Fecha

III. Casos de elegibilidad retroactiva de Medicaid

(Llene la sección II para los casos en que la paciente ya era estéril o la histerectomía se realizó durante una emergencia en que peligraba la vida.)

Antes de realizar la histerectomía, le informé a la paciente arriba nombrada que la histerectomía la dejaría permanentemente incapaz de tener hijos.

Firma del médico

Fecha