



15-20 años Consentimiento para esterilización

Client Name _____	
Client sex <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Medicaid ID Number _____

Aviso: Si en cualquier momento usted decide no ser esterilizado(a), su decisión no dará como resultado que le quiten o nieguen beneficios provenientes de programas o proyectos que reciben fondos federales.

Declaración del paciente

He solicitado y recibí información sobre esterilización de _____ (médico o clínica).

La primera vez que solicité la información me dijeron que la decisión de esterilizarme depende completamente de mí. Me dijeron que podía decidir no ser esterilizado(a) y que, si lo hacía, esta decisión no afectaría mi derecho a atención o tratamiento en el futuro. No perdería ninguna ayuda o beneficio de los programas que reciben fondos federales, como AFDC o Medicaid, que recibo actualmente o para los que podría ser elegible en el futuro.

Entiendo que la esterilización se debe considerar permanente y no reversible. Decidí que no quiero quedar embarazada, tener hijos ni engendrar hijos.

Me hablaron sobre los métodos anticonceptivos temporales disponibles que yo podría recibir y que me permitirían tener o engendrar hijos en el futuro. He rechazado estas alternativas y decidí ser esterilizado(a).

Entiendo que seré esterilizado(a) mediante una operación conocida como _____.

Me explicaron los malestares, riesgos y beneficios asociados con la operación. Todas mis preguntas recibieron respuestas satisfactorias.

Entiendo que la operación no se realizará hasta que hayan pasado por lo menos 30 días desde el momento en que yo firme este formulario.

Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi decisión de no ser

esterilizado(a) no hará que se me niegue ningún beneficio de servicios médicos proveniente de programas financiados por el gobierno federal.

Tengo entre 15 y 20 años de edad y nací el _____ (día/mes/año).

Yo, _____, por el presente doy mi consentimiento por mi propia voluntad para ser esterilizado(a) por _____ (médico) por el método denominado _____.

Mi consentimiento expira a los 180 días de la fecha de mi firma al pie de este formulario. También apruebo la divulgación de este formulario y demás registros médicos sobre la operación a los Representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos o a los Empleados de programas o proyectos financiados por el Departamento, pero sólo para determinar si se cumplieron las leyes federales. Recibí una copia de este formulario.

Firma _____

Fecha _____ (mes/día/año).

Le pedimos que brinde la siguiente información, pero no tiene obligación de hacerlo: Raza y etnia (por favor marcar)

- Negro (no de origen hispano)
- Blanco (no de origen hispano)
- Asiático/Isleño del Pacífico
- Indoamericano/Nativo de Alaska
- Hispano

Declaración del intérprete

Si se ofrece un intérprete para asistir a la persona que será esterilizada: He traducido la información y los consejos que la persona que obtiene este consentimiento presentó oralmente a la persona que será esterilizada. También le leí el Firma del intérprete _____

formulario de consentimiento en idioma _____ y le expliqué su contenido. Según mi entender, él/ella entendió esta explicación.

Fecha _____ (mes/día/año).

Declaración de la persona que obtiene este consentimiento

Antes de que _____
(nombre de la persona) firmara el formulario de consentimiento, le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización _____, el hecho de que es una intervención quirúrgica definitiva e irreversible y los malestares, riesgos y beneficios asociados a ella. Le expliqué que también puede usar otros métodos anticonceptivos que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Firma de la persona que obtiene el consentimiento _____

Fecha _____ (mes/día/año).

Informé a la persona que será esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá ningún servicio ni beneficio de salud otorgado con fondos federales.

Según mi entender, la persona que será esterilizada tiene entre 15 y 20 años de edad y parece mentalmente competente. Él/Ella solicitó ser esterilizado(a) voluntariamente y con conocimiento del tema, y parece entender la naturaleza y las consecuencias de esta intervención quirúrgica.

Institución _____

Dirección _____

Declaración del médico

Poco antes de realizar la operación de esterilización a _____ (nombre de la persona que será esterilizada) el día _____ (fecha de la operación de esterilización), le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización _____ (especificar tipo de operación), el hecho de que es una cirugía definitiva e irreversible, y los malestares, riesgos y beneficios asociados a ella. Le expliqué a la persona que se va a esterilizar que también puede usar otros métodos anticonceptivos que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente. Le informé a la persona que será esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá ningún servicio ni beneficio de salud otorgado con fondos federales.

Según mi entender, la persona que será esterilizada tiene entre 15 y 20 años de edad y parece mentalmente competente. Él/Ella solicitó ser esterilizado(a) voluntariamente y con conocimiento del tema, y parece entender la naturaleza y consecuencias de la intervención quirúrgica.

(Instrucciones para el uso de párrafos finales alternativos: Usar el primer párrafo que sigue, excepto en casos de parto prematuro o cirugía

Firma del médico _____

abdominal de emergencia, donde la esterilización se realiza antes de transcurridos los 30 días desde la fecha en que el paciente firma del formulario de consentimiento. En esos casos, se deberá usar el segundo párrafo. Tachar el párrafo no usado.)

- (1) Han transcurrido por lo menos 30 días entre la fecha en que el paciente firmó este formulario de consentimiento y la fecha en la que se realizó la esterilización.
- (2) Esta esterilización se realizó antes de transcurridos los 30 días, pero más de 72 horas después de la fecha en que el paciente firmó este formulario de consentimiento, debido a las siguientes circunstancias: (marcar lo que corresponda y dar la información solicitada)

Parto prematuro: Fecha prevista de parto de la paciente _____.

Cirugía abdominal de emergencia (describir las circunstancias): _____

Fecha _____ (mes/día/año).