

Estado de Oklahoma
AUTORIDAD DE OKLAHOMA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Se entrega este formulario en cumplimiento de 42 CFR, sección 441.258
Anteriormente Okla. D.I.S.R.S. Fecha de emisión: 06/02/79

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

AVISO: SU DECISIÓN, EN CUALQUIER MOMENTO, DE NO SER ESTERILIZADO NO DARÁ LUGAR AL RETIRO O SUSPENSIÓN DE LOS BENEFICIOS CONCEDIDOS POR PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBEN FONDOS FEDERALES.

CONSENTIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN

He pedido y recibido información sobre la esterilización de _____ (médico o clínica). La primera vez que solicité la información, me dijeron que la decisión de ser esterilizado es completamente mía. Me dijeron que yo podía decidir no ser esterilizado. Si decido no ser esterilizado, mi decisión no afectará mi derecho a la atención o tratamientos en el futuro. No perderé ninguna asistencia ni beneficios de programas que reciben fondos federales, tales como el programa de ayuda a familias con hijos dependientes (AFDC) o Medicaid, que recibo actualmente o para los cuales puedo ser elegible.

Entiendo que la esterilización se considera permanente y que es irreversible. He decidido que no quiero quedar embarazada, dar a luz o procrear hijos.

Me han informado acerca de los métodos temporales para el control de la natalidad que están disponibles, que me los podrían proporcionar, los cuales me permitirán dar a luz o procrear hijos. He rechazado estas alternativas y he optado por la esterilización.

Entiendo que seré esterilizado mediante una operación conocida como _____. Me han explicado las incomodidades, riesgos y beneficios que conlleva la operación. Me han contestado todas las preguntas a mi satisfacción.

Entiendo que la operación no se realizará hasta por lo 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 no dará lugar a la retención de beneficios o servicios médicos que prestan programas que reciben fondos federales.

Tengo 21 o más años de edad y nací en _____ el (dd/mm/aaaa). Yo, _____, por el presente doy mi consentimiento por voluntad propia para ser esterilizado por _____ (médico) por medio de un

método denominado _____. Mi consentimiento caduca a los ciento ochenta días posteriores a la fecha de mi firma más abajo. También doy mi consentimiento para la entrega de este formulario y otros registros médicos sobre la operación a: representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos o empleados de programas o proyectos financiados por ese departamento, pero sólo para determinar si se acataron las leyes federales. He recibido una copia de este formulario.

Firma _____

Fecha _____

Se le solicita a usted que proporcione la siguiente información, pero no es obligatorio:

Designación de raza y origen étnico (marque uno)

Indio norteamericano o nativo de Alaska

Asiático o isleño del Pacífico

Negro (no de origen hispano)

Hispano

Blanco (no de origen hispano)

DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE

Si se proporciona un intérprete para ayudar a la persona que va a ser esterilizada: He traducido la información y el asesoramiento presentados verbalmente a la persona que va a ser esterilizada por la persona que obtiene este consentimiento. También he leído su formulario de consentimiento en idioma _____ y le he explicado a la persona su contenido. A mi leal saber y entender, la persona entendió esta explicación.

Intérprete _____ Fecha _____

DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

Ante _____ (nombre de la persona) firmé el formulario de consentimiento, le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización _____, el hecho de que se trata de un procedimiento definitivo e irreversible y las incomodidades, riesgos y beneficios asociados.

Le recomendé a la persona que va a ser esterilizada que existen métodos alternativos para control de la natalidad disponibles que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé a la persona que va a ser esterilizada que su consentimiento se puede retirar en cualquier momento y que no perderá ningún servicio de salud ni beneficio prestado con fondos federales.

A mi leal saber y entender, la persona que va a ser esterilizada tiene 21 o más años de edad y parece tener pleno uso de sus facultades mentales. La persona que va a ser esterilizada, con conocimiento y voluntariamente, solicitó su esterilización y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

Entidad

Dirección

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Poco antes de realizar una operación de esterilización a _____ (nombre de la persona) el _____ (fecha de la esterilización), le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización _____ (tipo de operación), el hecho de que es un procedimiento definitivo e irreversible y las incomodidades, riesgos y beneficios asociados. Le recomendé a la persona que va a ser esterilizada que existen métodos disponibles para el control de la natalidad que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé a la persona que va a ser esterilizada que su consentimiento se puede retirar en cualquier momento y que no perderá ningún servicio de salud o beneficio proporcionado con fondos federales.

A mi leal saber y entender, la persona que va a ser esterilizada tiene 21 años o más de edad y parece tener pleno uso de sus facultades mentales. La persona que va a ser esterilizada, con conocimiento y voluntariamente, solicitó su esterilización y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

Instrucciones para los párrafos alternativos de la parte final: Marque el primer párrafo excepto en caso de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia en que la esterilización se lleva a cabo menos de treinta días después de la fecha de la firma de la persona en el formulario de consentimiento. En estos casos, se debe marcar el segundo párrafo.

1. Por lo menos treinta días han transcurrido 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 treinta días, pero más de setenta y dos horas después de la fecha de la firma de la persona en este formulario de consentimiento,

debido a las siguientes circunstancias (marque la casilla correspondiente y escriba la información requerida):

Parto prematuro

Fecha prevista del parto: _____

Cirugía abdominal de emergencia (Describa las circunstancias):

Médico _____

Fecha _____

OKLA HCA Revisado 01/12/04