

Sterilization Consent Form (Spanish)

(Fax Consent Form to 1-512-514-4229)

Client Medicaid or family planning number:	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 _____ (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 A.F. D. C. o Medicaid, que recibo actualmente o para los cuales seré elegible. **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 que me pueden proporcionar 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 _____. 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 realizará 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 ____ (mes), ____ (día), ____ (año). Yo, _____, por medio de la presente doy mi consentimiento de mi libre voluntad para ser esterilizada/o por _____ (médico o clínica) por el método llamado _____.

Entiendo que mi consentimiento vence 180 días a partir de la fecha en la que firme este documento. 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.

Firma:	Fecha:	/	/	(mes, día, año)
--------	--------	---	---	-----------------

Nota: Se ruega proporcione la siguiente información, aunque no es obligatorio hacerlo:

Definición de Raza y Origen Étnico

Origen étnico	<input type="checkbox"/> No hispano o latino	Raza (marque según aplique)	<input type="checkbox"/> Natural de Hawaii u otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
	<input type="checkbox"/> Hispano o latino		<input type="checkbox"/> Indígena americano o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático

Declaración Del Intérprete

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 _____ y le he explicado el contenido de esta forma. A mi mejor saber y entender, ella/él ha entendido esta explicación.

Firma:	Fecha:	/	/	(mes, día, año)
--------	--------	---	---	-----------------

Declaración De La Persona Que Obtiene Consentimiento

Antes de que _____ (nombre de persona) firmara la Forma de Consentimiento para la Esterilización, le he explicado a ella/él los detalles de la 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.

Firma de la persona que obtiene el consentimiento:	Fecha:	/	/	(mes, día, año)
--	--------	---	---	-----------------

Lugar:	Dirección:
--------	------------

Declaración Del Médico

Previamente a realizar la operación para la esterilización a _____ (nombre de persona esterilizada/o), en ____/____/____ (fecha de esterilización: día, mes, año), le expliqué a él/ella los detalles de esta operación para la esterilización _____ (especifique 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 será 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. (Instrucciones para uso alternativo de párrafos finales: Utilice el párrafo 1 que se presenta a continuación, excepto 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. Para esos casos, utilice el párrafo 2 que se presenta más adelante. Tache con una X el párrafo que no se aplique). (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. (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 las siguientes circunstancias (marque la casilla apropiada y escriba la información requerida): Parto prematuro - Fecha prevista de parto ____/____/____ (mes, día, año) Cirugía abdominal de urgencia (Describe las circunstancias): _____

Firma del médico:	Fecha:	/	/	(mes, día, año)
-------------------	--------	---	---	-----------------

Declaración Sobre Ley De Reducción De Trámites

Una agencia federal no debe llevar a cabo o patrocinar la recolección de información, y el público no está obligado a responder a la misma o a facilitar la información, a no ser que dicha solicitud de información presente un número de control válido de la OMB. La carga horaria para el público que completa esta forma variará; sin embargo, se ha estimado un promedio de una hora por cada respuesta, cálculo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar y presentar los datos exigidos y completar la forma. Para enviar sus comentarios sobre la carga horaria estimada o cualquier otro aspecto de la información requerida, escriba a OS Reports Clearance Officer, ASBTF/Budget Room 503 HHH Building, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. Se debe informar al público que responde a esta forma que la recolección de información solicitada en la misma se autoriza en virtud de 42 CAR parte 50, subparte B, que tiene que ver con la esterilización de personas en programas de salud pública que son financiados por el gobierno federal. El propósito de la recolección de esta información es asegurar que las personas que solicitan la esterilización sean informadas sobre los riesgos, los beneficios y las consecuencias de esta operación, y para asegurar el consentimiento voluntario e informado de todas las personas que se someten al procedimiento de esterilización en programas de salud pública que reciben asistencia federal. Se pide a las personas que llenan la forma que incluyan datos sobre su raza y grupo étnico, aunque esta información no es requerida. Toda la demás información solicitada en esta forma de consentimiento es requerida. Si la persona que llena la forma no proporciona la información requerida o si no firma esta forma de consentimiento, podría resultar en que no recibiera el procedimiento de esterilización financiado por un programa de salud pública patrocinado con fondos federales. Toda la información de datos y circunstancias personales obtenidas por medio de esta Forma son confidenciales y no se divulgarán sin el consentimiento de la persona, en conformidad con todos los reglamentos aplicables de confidencialidad.

All Fields in This Box Required for Processing

TPI:	NPI:	Taxonomy:	
Benefit Code:	Provider/clinic telephone:	Provider/Clinic fax number:	

Titled Billed (check one): V X XIX (Medicaid) XX