

Estado de Oklahoma OKLAHOMA HEALTH CARE AUTHORITY

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

AVISO: SU DECISIÓN DE NO SER ESTERILIZADO EN CUALQUIER MOMENTO NO RESULTARÁ EN EL RETIRO O LA RETENCIÓN DE NINGÚN BENEFICIO PROPORCIONADO POR PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBAN FONDOS FEDERALES.

CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN

He solicitado y recibido información sobre la esterilización de (un médico o clínica) _____. Cuando pedí información por primera vez, me dijeron que la decisión de esterilizarme depende completamente de mí. Me dijeron que podía decidir no esterilizarme. Si decido no ser esterilizado/a, mi decisión no afectará a mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. No perderé ninguna ayuda o beneficio de programas que reciben fondos federales, como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Medicaid que esté recibiendo ahora o para los cuales puedo ser elegible.

Entiendo que la esterilización debe considerarse permanente y no reversible. He decidido que no deseo quedar embarazada, tener hijos ni procrear hijos.

Se me ha informado de los métodos anticonceptivos temporales que existen y que me podrían proporcionar y que me permitirían tener o procrear un hijo en el futuro. He rechazado estas alternativas y he optado por la esterilización.

Entiendo que seré esterilizado/a mediante una operación conocida como _____. Se me han explicado las molestias, los riesgos y los beneficios asociados a la operación. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi decisión en cualquier momento de no ser esterilizado/a no resultará en la retención de ningún beneficio o servicio médico proporcionado por programas financiados por el gobierno federal. Tengo al menos 21 años y nací el (mm/dd/aaaa) _____.

Yo, _____ doy mi consentimiento por mi propia voluntad para ser esterilizado/a por (médico) _____ mediante un método llamado _____. Mi consentimiento expirará 180 días después de la fecha de mi firma. También doy mi consentimiento para la divulgación 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 dicho Departamento, pero sólo para determinar si se cumplieron las leyes federales. He recibido una copia de este formulario.

Firma _____

Fecha _____

Se le pide que proporcione la siguiente información, pero no es obligatoria: (*Origen étnico y designación racial*) (*por favor, marque la casilla*)

- Origen étnico:* *Raza (marque una o más):*
- Hispano o latino Indígena americano o Nativo americano
- No Hispano o Latino Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico
- Blanco

DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE

Si se provee un intérprete para asistir al individuo a ser esterilizado/a: He traducido la información y los consejos presentados oralmente al individuo que va a ser esterilizado/a por la persona que obtiene este consentimiento. También le he leído el formulario de consentimiento en el idioma _____ y le he explicado su contenido. A mi leal saber y entender, ha comprendido esta explicación.

Firma del/la intérprete _____ Fecha _____

DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

Ante (nombre de la persona) _____ firmó 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 molestias, riesgos y beneficios que conlleva.

Aconsejé al individuo que será esterilizado/a que existen métodos anticonceptivos alternativos que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente ya que es permanente.

Le informé a al individuo a ser esterilizado/a que su consentimiento puede ser retirado en cualquier momento y que no perderá ningún servicio de salud o cualquier beneficio proporcionado por fondos federales.

A mi leal saber y entender, el individuo que va a ser esterilizado/a tiene al menos 21 años y parece mentalmente competente. Ha solicitado consciente y voluntariamente ser esterilizado/a y parece comprender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

Firma de la persona que obtiene el consentimiento _____ Fecha _____

_____ Instalación

_____ 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 se trata de un procedimiento definitivo e irreversible y las molestias, riesgos y beneficios que conlleva. Aconsejé al individuo que iba a ser esterilizado/a que existen métodos anticonceptivos alternativos que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente ya que es permanente.

He informado al individuo que va a ser esterilizado/a de que su consentimiento puede ser retirado en cualquier momento y que no perderá ningún servicio de salud ni ningún beneficio proporcionado por fondos federales.

A mi leal saber y entender, el individuo que va a ser esterilizado/a tiene al menos 21 años y parece mentalmente competente. Ha solicitado consciente y voluntariamente ser esterilizado/a y parece comprender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

(Instrucciones para los párrafos finales alternativos: Marque el primer párrafo a continuación, excepto en el caso de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia en los que la esterilización se realiza menos de 30 días después de la fecha de la firma del individuo en el formulario de consentimiento. En esos casos, debe utilizarse el segundo párrafo. Tache el párrafo que no se utilice).

1. Han transcurrido al menos treinta días entre la fecha de la firma del individuo en este formulario de consentimiento y la fecha en que se realizó la esterilización.

2. Esta esterilización se realizó menos de 30 días pero más de 72 horas después de la fecha de la firma del individuo en este formulario de consentimiento debido a las siguientes circunstancias (marque la casilla correspondiente y rellene la información solicitada):

- Parto premature
- Fecha prevista de parto del individuo: _____
- Cirugía abdominal de emergencia (Describa las circunstancias):

Médico: _____ Fecha: _____