NEBRASKA
Good Life. Great Mission.
DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

División de Medicaid y Cuidado a Largo Plazo

Formulario de consentimiento para esterilización
Ligadura de trompas y vasectomía

Nombre de cliente_____

No. de Medicaid_____

NOTIFICACIÓN: EL QUE USTED EN CUALQUIER MOMENTO DECIDA NO ESTERILIZARSE NO RESULTARÁ EN QUE LE RETIREN O RETENGAN LOS BENEFICIOS OFRECIDOS POR PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBEN FONDOS FEDERALES.

Consentimiento Para La Esterilización

He pedido y recibido información sobre la esterilización de parte de _____ (Doctor o clínica). Cuando pedí la información por primera vez, me dijeron que la decisión de hacerme esterilizar era mía únicamente. Me dijeron que yo podía optar por no hacerme esterilizar. Si decido que no me esterilicen, mi decisión no afectará mi derecho a atención o tratamiento en el futuro. No perderé ninguna de la ayuda o beneficios de parte de programas que reciben fondos federales, tales como AFDC o Medicaid que recibo actualmente o para los que podría hacerme elegible.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN DEBE CONSIDERARSE COMO PERMANENTE E IRREVERSIBLE. HE DECIDIDO QUE NO DESEO EMBARAZARME, DAR A LUZ O ENGENDRAR HIJOS.

Me han hablado acerca de los métodos anticonceptivos temporales que hay disponibles y que me podrían ofrecer que me permitirían dar a luz o engendrar un hijo en el futuro. He rechazado estas alternativas y optado por esterilizarme.

Entiendo que me esterilizarán por medio de una operación llamada _____ (Nombre de procedimiento). Me han explicado las incomodidades, riesgos y beneficios asociados con la operación. Han contestado todas mis preguntas a la altura de mis expectativas.

Entiendo que la operación no se realizará sino hasta al menos 30 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 hacerme esterilizar no resultará en que me retengan ningún beneficio o servicio médico ofrecido por programas financiados federalmente.

Tengo al menos 21 años de edad y nací en _____ (Mes/día/año)

Yo, _____, por la presente consiento por mi propia voluntad a hacerme esterilizar por _____ (Nombre de doctor)

by a method called _____ (Nombre de procedimiento).

Mi consentimiento expira 180 días después de la fecha de mi firma más abajo.

También consiento a la divulgación de este formulario y otros registros médicos sobre la operación a:

Representantes del sistema del Departamento de Salud y Servicios Humanos o a empleados de programas o proyectos financiados por el Departamento pero solo para determinar si se cumplió con las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

_____ Firma del cliente _____ Fecha (mes/día/año)

Se le solicita que dé la siguiente información, pero no se le requiere:

Designación de raza y origen étnico (marque por favor)

- ❑ Nativo americano o nativo de Alaska
- ❑ Negro (no hispano)
- ❑ Asiático o isleño del Pacífico
- ❑ Hispano
- ❑ Blanco (no hispano)

Declaración Del Intérprete

He traducido la información y los consejos presentados verbalmente a la persona que será esterilizada por la persona que obtiene este consentimiento. También le leí el formulario de consentimiento en el idioma _____ y le expliqué el contenido. A mi mejor saber y entender él o ella entendió esta explicación.

_____ Firma del intérprete _____ Fecha (mes/día/año)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska
División de Medicaid y Cuidado a Largo Plazo
P.O. Box 95026, Lincoln, Nebraska 68509-5026,
(402) 471-3121

Declaración De Persona Que Obtiene El Consentimiento

Antes de que_____ (Nombre de persona) firmara el formulario de consentimiento, le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización _____ (Nombre de procedimiento), el hecho de que se anticipa que sea un procedimiento final e irreversible, y las incomodidades, riesgos y beneficios asociados con esta.

Aconsejé a la persona que será esterilizada que hay disponibles métodos anticonceptivos alternos que son temporales. Expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé a la persona que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá los servicios de salud o los beneficios ofrecidos por fondos federales.

A mi mejor saber y entender la persona que va a ser esterilizada tiene al menos 21 años y parecer ser competente mentalmente. Él o ella solicitó hacerse esterilizar a sabiendas y voluntariamente y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

_____ Firma de la persona que obtiene consentimiento _____ Fecha (Mes/día/año)

_____ Institución

_____ Dirección

Declaración Del Doctor

Shortly before I performed a sterilization operation upon _____ (Nombre de persona a ser esterilizada) en _____ (Fecha de operación de eserilización)

I explained to him/her the nature of the sterilization operation _____ (Especifique tipo de operación), el hecho de que se anticipa que sea un procedimiento final e irreversible, y las incomodidades, riesgos y beneficios asociados con esta.

Aconsejé a la persona que será esterilizada que hay disponibles métodos anticonceptivos alternos que son temporales. Expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé a la persona que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá los servicios de salud o los beneficios ofrecidos por fondos federales.

A mi mejor saber y entender la persona que va a ser esterilizada tiene al menos 21 años y parecer ser competente mentalmente. Él o ella solicitó hacerse esterilizar a sabiendas y voluntariamente y pareció entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

(Instrucciones para el uso de los párrafos alternos al final: Use el primer párrafo a continuación excepto en el caso de parto prematuro o de cirugía abdominal de emergencia donde la esterilización se realiza a menos de 30 días después de la fecha de la firma de la persona en el formulario de consentimiento. Para esos casos, se debe usar el segundo párrafo a continuación. Tache el párrafo que no se use.)

(1) Al menos 30 días han pasado entre la fecha de la firma de la persona en este formulario de consentimiento y la fecha cuando se realizó la esterilización.

(2) Esta esterilización se realizó a menos de 30 días pero más de 72 horas después de la fecha de la firma de la persona en este formulario de consentimiento debido a las circunstancias siguientes (marque la casilla que aplique y llene con la información que se pide):

- ❑ Parto prematuro:
- ❑ Fecha anticipada para el parto de la persona _____ (Mes/día/año)
- ❑ Cirugía abdominal de emergencia:
  (Describa las circunstancias):_____

_____ Fecha de firma del doctor _____ (Mes/día/año)

Distribution of Copies: WHITE - Physician, Mail to Nebraska Health and Human Services System Department of Finance and Support; YELLOW - Client.