

**CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN**

**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 el programa de asistencia temporal para familias necesitadas. (TANF) 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: \_\_\_\_\_  
(Día, mes, año)

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente doy mi consentimiento de mi libre voluntad para ser esterilizada/o por \_\_\_\_\_ por el método  
(médico)

llamado \_\_\_\_\_. 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: \_\_\_\_\_  
(día, mes, año)

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

Definición de raza y origen étnico (marque uno)

- ☐ Indio Americano/ Nativa de Alaska  
☐ Asiático  
☐ Negro (No de origen Hispano)  
☐ Hispano o latino  
☐ Blanco (No de origen Hispano)

**■DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE■**

Si se han proporcionado los servicios de un intérprete para asistir a la persona que será esterilizada:

He interpretado 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 el/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 del intérprete) Fecha: \_\_\_\_\_  
(día, mes, 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)  
\_\_\_\_\_  
(lugar)  
\_\_\_\_\_  
(dirección)

**■DECLARACIÓN DEL MÉDICO■**

Previamente a realizar la operación para la esterilización a

\_\_\_\_\_  
(nombre de persona esterilizada/o)  
en \_\_\_\_\_  
(fecha de esterilización). Le explique 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 aconseje 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 por 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 primer párrafo que se presenta a continuación, excepto para casos de parto prematuro y cirugía abdominal de emergencia cuando se ha realizado la esterilización en menos de 30 días después de la fecha en la que la persona firmo la Forma de Consentimiento para la Esterilización. Para esos casos, utilice el segundo párrafo que se presenta a continuación. 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 firmo está 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 firmo la Forma de Consentimiento debido a las siguientes circunstancias

(marque la casilla apropiada y escriba la información requerida):

- ☐ Parto prematuro  
 Fecha revista de parto: \_\_\_\_\_  
☐ Cirugía abdominal de urgencia (Describa las circunstancias): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del médico) \_\_\_\_\_  
(fecha)

Deberá complete todos los espacios en blanco. No se aceptan firmas por medio de un sello. Una copia de esta forma deberá ser entregada al paciente. Anexar una copia de esta forma en cada factura