# DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES STATE OF WISCONSIN

Division of Health Care Access and Accountability Wis. Admin. Code § DHS 107.06(3)(e)

F-01164S (10/08)

FORWARDHEALTH

**CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACION**

**consent FOR sterilization**

**AVISO:** SU DECISION EN CUALQUIER MOMENTO DE NO SER ESTERILIZADA NO CAUSARA EL RETIRO O LA RETENCION DE NINGUN BENEFICIO PROPORCIONADO POR PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBAN FONDOS FEDERALES.

# CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN

He pedido y recibido información sobre la esterilización

de **1**     .

*Médico o Clínica*

Cuando pedí la información inicialmente, me dijeron que la decisión de hacerme esterilizar era únicamente mía. Me dijeron que yo podía decidir no hacerme esterilizar. Me dijeron que si yo decido no hacerme esterilizar, mi decisión no afectará mi derecho de recibir tratamiento o atención en el futuro. Yo no perderé ninguna asistencia ni beneficios de programas que reciban fondos federales, tales como A.F.D.C. o *Medicaid* que ahora recibo para los cuales yo podría llegar a ser eligible.

**9**

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACION DEBE SER CONSIDERADA PERMANENTE E IRREVERSIBLE. YO HE DECIDIDO QUE NO QUIERO QUEDAR EMBARAZADA, TENER HIJOS, O PROCREAR HIJOS.

Me dijeron acerca de los métodos temporales de control de la natalidad que se encuentran disponibles y que me pueden propocionar los cuales me permitirán tener o procrear un hijo en el futuro. Yo he rechazado estas alternativas y he decidido hacerme esterilizar.

Entiendo que me esterilizarán a través de una operación

que se conoce como **2**     .

Me han explicado cuales serían los malestares, riesgos, y beneficios asociados con la operación. Todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Entiendo que la operación se efectuará por lo menos 30 días después de que yo firme este formulario. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento, y que mi decisión de no hacerme esterilizar en cualquier momento no dará como consecuencia la retención de ningún beneficio ni servicio médico que proporcionan los programas que reciben fondos federales.

Tengo por lo menos 21 años de edad y nací en fecha **3**     , por el presente documento,

*Mes Día Año*

yo, **4**     , doy consentimiento por

mi propia voluntad de hacerme esterilizar por   
**5**      a través de un método

*Médico*

denominado **6**     . Mi

consentimiento se vence a los 180 días después de la fecha de mi firma abajo.

También doy consentimiento para revelar este formulario y otros registros médicos sobre la operación a:

Representantes del *Department of Health and Human Services,*

o a funcionarios de programas o projectos financiados por el Departamento pero sólo con el propósito de determinar si se cumplieron las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

**7** Fecha: **8**     .

*Firma Mes Día Año*

Se le pide que proporcione la siguiente información, pero no es requerida: *(Etnicidad y Raza) (favor de marcar)*

*Etnicidad:* *Raza (marcar una o más):*

|  |
| --- |
| Hispano o Latino  Asiático  No Hispano o Latino  Negro o Afroamericano  Indio Americano o Nativo de Alaska  Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico  Blanco |

# DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE

Si se proporcionaron los servicios de un intérprete para ayudar a la persona que va a ser esterilizada:

He traducido la información y los consejos proporcionados en forma oral por la persona que está obteniendo este consentimiento para la persona que se hará esterilizar. También he leído para esta persona el formulario

de consentimiento en **10**     ,

y le he explicado su contenido. Según lo mejor de mis conocimientos y convicciones, él/ella ha entendido esta explicación.

**11** **12**

*Firma del Intérprete Fecha*

# DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE ESTÁ OBTENIENDO EL CONSENTIMIENTO

Antes de que **13**      firmara

*Nombre de la persona*

este formulario de consentimiento, le expliqué la naturaleza

de la operación de esterilización **14**     ,

el hecho de que será un procedimiento final e irreversible y los malestares, riesgos y beneficios asociados con la misma.

He orientado a la persona que se hará esterilizar sobre otros métodos alternativos de control de la natalidad disponibles que son temporales. Le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente.

He informado a la persona que se hará esterilizar que puede revocar su consentimiento en cualquier momento y que él/ella no perderá ningún servicio ni beneficio de salud proporcionado con fondos federales.

**CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACION** 2 of 2

F-01164S (10/08)

Según lo mejor de mis conocimientos y convicciones, la persona que se hará esterilizar tiene por lo menos 21 años de edad y parece mentalmente competente. El/ella solicitó a sabiendas en forma voluntaria ser esterilizado/a y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

**15** **16**

*Firma de la persona que obtendrá el consentimiento Fecha*

**22**

### **17**

### Establecimiento

**18**

### Dirección

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO**

Antes de realizar la operación de esterilización a

**19**      el **20**

*Nombre de la persona* *Fecha de la esterilización*

Yo le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización

##### **21**

el hecho de que será un procedimiento final e irreversible y los malestares, riesgos y beneficios asociados con el mismo.

**23**

Yo le di orientación a la persona que se hará esterilizar sobre otros métodos de control de la natalidad que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé a la persona que se hará esterilizar que se puede revocar su consentimiento en cualquier momento que él/ella no perderá ningún servicio ni beneficio de salud proporcionado con fondos federales.

Según lo mejor de mis conocimientos y convicciones, la persona que se hará esterilizar tiene por lo menos 21 años de edad y parece mentalmente competente. El/ella solicitó en forma voluntaria y a sabiendas ser esterilizado/a y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

(**Instrucciones para utilizar otros párrafos finales alternativos:** Utilice el primer párrafo de abajo, excepto en los casos de un parto prematuro o una cirugía abdominal de emergencia donde se realice la esterilización menos de 30 días después de la fecha de la firma de la persona que aparece en el formulario de consentimiento. En esos casos, se debe utilizar el segundo párrafo. Tache el párrafo que no se utilice.)

1. Han transcurrido por lo menos treinta (30) días entre la fecha de la firma de la persona que aparece este formulario de consentimiento y la fecha en que se realizó la esterilización.
2. Esta esterilización se realizó menos de treinta (30) días pero más de 72 horas después de la fecha de la firma de la persona que aparece en este formulario de consentimiento, debido a las siguientes circunstancias (marque la casilla que corresponde y llene la información que se solicita).

|  |
| --- |
| Parto prematuro  Fecha prevista del parto de la persona **24**  Cirugía abdominal de emergencia (describa las circunstancias):  **25** |

**26****27**

*Firma del Médico Fecha*