State of Wisconsin
Wis. Admin. Code § DHS 107.06(3)(e)
Formulario Aprobado: OMB No.0937-0166
Fecha de Expiración: 7/31/2025

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 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 _____.
especifique tipo de operación

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 este formulario. 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

por el método llamado _____.
especifique tipo de operación

Mi consentimiento vence 180 días a partir de la fecha en la que firmé este documento.

También doy mi consentimiento para que se presente este formulario 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 solo para que puedan determinar si se han cumplido las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

_____ _____
firma *mes, día, año*

Se le solicita que proporcione la siguiente información, aunque no es obligatorio hacerlo: *(Definición de raza y origen étnico)*

Origen étnico:
- ☐ Hispano o latino
- ☐ No hispano o latino

Raza (marque según aplique):
- ☐ Indígena americano o indígena de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
- ☐ Blanco

■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 ella/él el formulario de consentimiento en idioma_____ y le he explicado el contenido de este formulario. A mi mejor saber y entender, ella/él ha entendido esta explicación.

_____ _____
firma del intérprete *mes, día, año*

■ DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO■

Antes de que _____
nombre de persona

firmara el formulario de consentimiento para la esterilización, le he explicado a ella/él los detalles de la operación

_____
especifique tipo de 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 *mes, día, año*

_____
lugar

_____
dirección

■DECLARACIÓN DEL MÉDICO■

Previamente a realizar la operación para la esterilización a

_____
nombre de persona

en _____. Le expliqué a ella/él los detalles de
fecha de esterilización - mes, día, año

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 el formulario 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 este formulario 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 el formulario de Consentimiento debido a las siguientes circunstancias (marque la casilla apropiada y escriba la información requerida):

☐ Parto prematuro
Fecha prevista de parto: _____

☐ Cirugía abdominal de urgencia
(Describa las circunstancias):

_____

_____

_____ _____
firma del médico *mes, día, año*

PSC Graphics (301) 443-1090 EF

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 este formulario 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 el formulario. 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 este formulario 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 el formulario que incluyan datos sobre su raza y grupo étnico, aunque esta información no es requerida. Toda la demás información solicitada en este formulario de consentimiento es requerida. Si la persona que llena el formulario no proporciona la información requerida o si no firma este formulario 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 este formulario son confidenciales y no se divulgarán sin el consentimiento de la persona, en conformidad con todos los reglamentos aplicables de confidencialidad.