

CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN

Aviso: SI EN ALGÚN MOMENTO USTED ELIGE NO ESTERILIZARSE, SU DECISIÓN NO CAUSARÁ QUE SE LE SUSPENDA O SE LE NIEGUE NINGÚN BENEFICIO PROPORCIONADO POR PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBEN FONDOS DEL GOBIERNO FEDERAL.

■ CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN ■

Yo pedí información acerca de la esterilización y la recibí de

_____ (médico o clínica)

Cuando me informé al respecto, se me dijo que únicamente yo podía tomar la decisión de hacerme esterilizar. Se me dijo que, si así lo deseo, puedo elegir no hacerme esterilizar. Si decido no hacerme esterilizar, esta decisión no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. Yo no perderé ninguna ayuda o beneficio que podrían ofrecermelos programas que reciben fondos federales, como el programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF, por sus siglas en inglés) o Medicaid que ahora recibo o para los cuales podría calificar en el futuro.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN SE CONSIDERA PERMANENTE E IRREVERSIBLE. HE DECIDIDO QUE NO QUIERO QUEDAR EMBARAZADA, TENER HIJOS NI PROCREAR HIJOS.

Se me habló de los métodos anticonceptivos temporales a mi disposición, los que me permitirán concebir o procrear hijos en el futuro. He rechazado estas alternativas y he decidido ser esterilizada(o).

Entiendo que se me esterilizará por medio de un procedimiento conocido con el nombre de

_____ (especificar tipo de procedimiento)

Me han explicado los inconvenientes, riesgos y beneficios relacionados con dicho procedimiento. Han respondido satisfactoriamente a todas mis preguntas.

Entiendo que el procedimiento 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 parecer en cualquier momento y que si en algún momento decido no esterilizarme, por ello no se me retirará ninguno de los beneficios o servicios médicos proporcionados por programas que reciben fondos del gobierno federal.

Soy mayor de 21 años y nací el _____ de _____ de _____ (día) (mes) (año)

Yo, _____, por este medio consiento voluntariamente a ser esterilizada(o) por el(la)

Dr(a) _____ (médico o clínica)

por el método conocido como _____ (especificar tipo de procedimiento)

Mi consentimiento vence a los 180 días de la fecha de mi firma.

También autorizo que este formulario y otros expedientes médicos relacionados con el procedimiento sean puestos a la disposición de Representantes del Departamento de Salud y Servicios Sociales y empleados de programas o proyectos financiados por dicho departamento, pero solamente para determinar si se han cumplido las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

Firma _____

Fecha _____ (día, mes, año)

Se le pide que proporcione la siguiente información sobre designación étnica y racial, pero no es obligatorio hacerlo:

Designación étnica y racial (marque la opción que corresponda)

- | | |
|--|---|
| Grupo étnico: | Grupo racial (marque una o más opciones): |
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino | <input type="checkbox"/> Indígena americano o indígena de Alaska |
| <input type="checkbox"/> No hispano o latino | <input type="checkbox"/> Asiático |
| | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| | <input type="checkbox"/> Natural de Hawaii u otras islas del Pacífico |
| | <input type="checkbox"/> Blanco |

■ DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE ■

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

He traducido la información y los consejos que verbalmente le presentó al paciente la persona que ha obtenido este consentimiento. Asimismo le leí a la persona a ser esterilizada este formulario de consentimiento en el idioma _____ y expliqué su contenido. A mi leal saber y entender, dicha persona ha comprendido esta explicación.

Firma del intérprete _____

Fecha _____ (día, mes, año)

■ DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO ■

Antes de que _____ (nombre de la persona)

firmara este formulario de consentimiento, le expliqué la naturaleza del procedimiento para la esterilización llamado _____ (especificar tipo de procedimiento)

y el hecho de que se trata de un procedimiento definitivo e irreversible, habiéndole explicado también los inconvenientes, riesgos y beneficios relacionados con este procedimiento.

Le he informado a la persona a ser esterilizada que existen métodos anticonceptivos alternos que son temporales. Le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente. Le he informado a la persona a ser esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá por ello ninguno de los servicios médicos ni cualquier otro beneficio brindado con fondos federales.

A mi leal saber y entender, la persona que será esterilizada tiene 21 años o más y parece estar en pleno uso de sus facultades mentales. Ella (él) ha solicitado voluntariamente y con pleno conocimiento de causa ser esterilizada(o) y parece comprender la naturaleza del procedimiento y sus consecuencias.

Firma de la persona que obtiene el consentimiento _____

Fecha _____ (día, mes, año)

Institución _____

Dirección _____

■ DECLARACIÓN DEL MÉDICO ■

Poco antes de efectuar el procedimiento para la esterilización de

_____ (nombre de la persona que será esterilizada)

el _____ (fecha de la esterilización)

le expliqué la naturaleza del procedimiento llamado _____ (especificar tipo de procedimiento)

y el hecho de que es un procedimiento definitivo e irreversible, habiéndole explicado también los inconvenientes, riesgos y beneficios asociados con este procedimiento.

Le he informado a la persona a ser esterilizada que existen métodos anticonceptivos alternos que son temporales. Le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le he informado a la persona que será esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que por ello no perderá ninguno de los servicios médicos ni cualquier otro beneficio brindado con fondos federales.

A mi leal saber y entender, la persona que será esterilizada tiene 21 años o más y parece estar en pleno uso de sus facultades mentales. Ella (él) ha solicitado voluntariamente y con pleno conocimiento de causa ser esterilizada(o) y parece comprender la naturaleza del procedimiento y sus consecuencias.

(Instrucciones para el uso de los párrafos finales alternos: Utilice el primer párrafo que sigue, excepto en casos de parto prematuro y cirugía abdominal de emergencia en los que la esterilización se efectúa antes de que hayan transcurrido 30 días después de la fecha en que se firmó el formulario de consentimiento para la esterilización. En dichos casos, debe utilizarse el segundo párrafo que se presenta a continuación. Tache el párrafo que no utilice.)

(1) Han transcurrido por lo menos 30 días entre la fecha en que la persona firmó este Formulario de Consentimiento y la fecha en que se efectuó el procedimiento de esterilización.

(2) La esterilización se efectuó antes de que transcurrieran 30 días y después de 72 horas a partir de la fecha de la firma de este formulario de consentimiento debido a las circunstancias siguientes (marque la casilla pertinente y escriba la información requerida):

Parto prematuro/Fecha prevista para el parto: _____

Cirugía abdominal de emergencia (describa las circunstancias): _____

Firma del médico _____

Fecha _____ (día, mes, año)

■ **DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES** ■

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites, nadie está obligado a facilitar información solicitada en un formulario a menos que el mismo muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, conocida por sus siglas en inglés, *OMB*). El número válido de control de OMB para este acopio de datos es 0937-0166. Se estima que el promedio de tiempo que se necesita para completar este formulario es 1 hora y 15 minutos por formulario, cálculo que incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar datos en las fuentes existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información reunida. Si desea hacer algún comentario sobre la exactitud de este estimado de tiempo o si tiene alguna sugerencia que ayude a mejorar este formulario, nos puede escribir a:

U.S. Department of Health & Human Services
OS/OCIO/PRA
200 Independence Ave., S.W.
Suite 537-H
Washington D.C. 20201
Attention: PRA Reports Clearance Officer