

Formulario de Consentimiento de Esterilización

Consulte el documento de Instrucciones del Formulario de Consentimiento de Esterilización en TMHP.com para llenar correctamente este formulario.

Envíe el formulario por fax al (512) 514-4229

* Indica campo requerido

** Indica un campo requerido bajo ciertas condiciones.

Opcional: este espacio libre es SOLAMENTE para el uso de proveedores/centros (TMHP no usará la información ingresada en este campo para procesar información):

Información del cliente

1. Número de cliente de Medicaid o de HHSC

2. Fecha de firma del cliente (mm/dd/aaaa):

Aviso: Su decisión en cualquier momento de no ser esterilizado(a) no resultará en que se le retire o retenga ningún beneficio ofrecido por cualquier programa o proyecto que recibe fondos federales.

Consentimiento a la esterilización

He pedido y recibido información sobre esterilización de _____ (*3. médico o clínica).

Cuando pedí la información por primera vez, me dijeron que la decisión de ser esterilizado(a) depende completamente de mí. Me dijeron que podía decidir no ser esterilizado(a). Si decido no ser esterilizado(a), mi decisión no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.

No perderé ninguna ayuda ni beneficios de los programas que reciben fondos federales, como la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Medicaid que ahora recibo o para los cuales podría calificar.

Entiendo que la esterilización debe considerarse permanente y no reversible. He decidido que no quiero quedar embarazada, tener hijos o ser padre de hijos.

Me informaron sobre los métodos anticonceptivos temporales que están disponibles y que podrían ofrecerme y que me permitirán dar a luz o ser padre de un hijo en el futuro. He rechazado estas alternativas y he elegido ser esterilizado(a).

Entiendo que seré esterilizado(a) mediante una operación conocida como _____ (*4. especificar el tipo de operación). Se me han explicado las incomodidades, riesgos y beneficios asociados con la operación. Todas mis preguntas han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Entiendo que la operación no se llevará cabo hasta por lo menos 30 días después de que firme este formulario. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi decisión en cualquier momento de no ser esterilizado(a) no dará lugar a la retención de beneficios o servicios médicos ofrecidos por programas financiados por el gobierno federal.

Tengo al menos 21 años de edad y nací el _____ (*5. fecha de nacimiento del cliente, (mm/dd/aaaa)

Yo, _____ (* 6. nombre completo del cliente), por la presente consiento de mi propia voluntad a ser esterilizado(a) por _____ (* 7. médico o clínica) por un método llamado _____ (* 8. especifique el tipo de operación).

Mi consentimiento se vence 180 días a partir de la fecha de mi firma a continuación.

También autorizo que se entregue la información de este formulario y otros registros médicos sobre la operación a: Representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos o los empleados de programas o proyectos financiados por ese Departamento, pero solo para determinar si se observaron las leyes federales. He recibido una copia de este formulario.

X _____
*9. Firma del cliente

*10. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Formulario de Consentimiento de Esterilización

Designación de raza y grupo étnico (se le solicita que indique la siguiente información, pero no es necesaria)

11. Etnicidad No Hispano no Latino Hispano o Latino

12. Raza (marque uno o más):

Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

Declaración del intérprete (NO llene esta sección si no se requiere un intérprete. Si se requiere un intérprete para asegurarse de que el cliente entienda la intención del formulario y los servicios que se ofrecerán, esta sección debe llenarse.)

Si se utiliza un intérprete para ayudar al individuo que va a ser esterilizado(a):

He traducido la información y las indicaciones y los he transmitido con palabras a la persona que va a ser esterilizada por el individuo que obtiene este consentimiento. También le he leído el formulario de consentimiento en el idioma _____ (13. el primer idioma del cliente) y le expliqué su contenido. A mi leal saber y entender, él / ella ha comprendido esta explicación.

X

**14. Firma del intérprete

**15. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Declaración de la persona que obtiene el consentimiento

Antes de que _____ (* 16. nombre completo del cliente) firmó el formulario de consentimiento, le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización _____ (* 17. especifique el tipo de operación), el hecho de que se pretende que sea un procedimiento final e irreversible y las incomodidades, riesgos y beneficios asociados con el procedimiento.

Le aconsejé a la persona que va a ser esterilizada que existen métodos alternativos de control de la natalidad que son temporales. Expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente. Le informé a la persona que va a ser esterilizada que su consentimiento puede ser retirado en cualquier momento y que no perderá ningún servicio de salud o ningún beneficio ofrecido con fondos federales.

A mi leal saber y entender, la persona que va a ser esterilizada tiene al menos 21 años y parece estar en sano juicio. A sabiendas y voluntariamente la persona solicitó ser esterilizado(a) y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

X

*18. Firma de la persona que obtiene el consentimiento

*19. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

*20. Nombre del Centro

*21. Dirección del Centro

Formulario de Consentimiento de Esterilización

Declaración del Médico

Poco antes de haberle hecho la operación de esterilización a _____ (* 22. nombre de la persona a ser esterilizada), el _____ (* 23. fecha de esterilización [mm/dd/aaaa]), le expliqué a naturaleza de la operación de esterilización _____ (* 24. especifique el tipo de operación), el hecho de que se pretende que sea un procedimiento final e irreversible y las incomodidades, riesgos y beneficios asociados con el procedimiento.

Le aconsejé a la persona que va a ser esterilizada que existen métodos alternativos de control de la natalidad que son temporales. Explicué que la esterilización es diferente porque es permanente. Le informé a la persona que va a ser esterilizada que su consentimiento puede ser retirado en cualquier momento y que no perderá ningún servicio de salud o beneficios ofrecidos con los fondos federales.

A mi leal saber y entender, la persona que va a ser esterilizada tiene al menos 21 años y parece estar en sano juicio. A sabiendas y voluntariamente la persona solicitó ser esterilizado(a) y pareció entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

***25. Elija una de las dos siguientes declaraciones a continuación, según le corresponda:**

(1) Han pasado al menos 30 días entre la fecha en que el individuo firmó este formulario de consentimiento y la fecha en que se le hizo la esterilización. (Nota: Utilice esta opción, excepto en el caso de un parto prematuro o una cirugía abdominal de emergencia donde la esterilización se hizo menos de 30 días después de la fecha en que el individuo firmó el formulario de consentimiento).

(2) Esta esterilización se hizo menos de 30 días, pero más de 72 horas después de la fecha en la que el individuo firmó este formulario de consentimiento debido a una de las siguientes circunstancias.

****26. Si eligió la opción # 2, marque la casilla correspondiente a continuación y llene la información solicitada:**

(a) Parto prematuro - fecha en la que se espera que dé a luz el individuo _____ (** 26a. [mm/dd/aaaa])

(b) Cirugía abdominal de emergencia (** 26b. describa las circunstancias): _____

X

*27. Firma del médico

*28. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de datos a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0937-0166. Se considera que el tiempo requerido para llevar a cabo esta recolección de datos es un promedio de 1 hora y 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud del cálculo de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: U.S. Department of Health & Human Services, OS/OICIO/PRA, 200 Independence Ave., S.W., Suite 537-H, Washington D.C. 20201, Attention: PRA Reports Clearance Officer.

Procesamiento de formularios y la información de contacto del proveedor

29. Identificación fiscal:

*30. NPI:

*31. Taxonomía:

32. Proveedor / Teléfono de la Clínica:

*33. Proveedor / Clínica Fax:

34: Código de beneficios:

35. Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal: