FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ESTERILIZACION DE LA AGENCIA DE MEDICAID DE ALABAMA

AVISO: SU DECISION DE ESTERILIZARSE EN CAULQUIER MOMENTO NO RESULTARA EN EL RETIRO O LA SUSPENSION DE NINGUN BENEFICIO PROPORCIONADO POR PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBEN FONDOS FEDERALES.

CONSENTIMIENTO PARA ESTERILIZACION

He solicitado y recibido informacion sobre la esterilizacion de

_____
Medico o clinica

Cuando solicite la informacion por primera vez, me dijieron que la decision de esterilizarme es completamente mia. Me dijieron que podia decidir no esterilizarme. Si decido no esterilizarme, mi decision no afectara mi derecho a recibir atencion o tratamiento en el futuro. No perdere ninguna ayuda ni beneficio de programas que reciben fondos federales, como la Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) o Medicaid, que recibio actualmente o para lo que pueda ser elegible.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACION DEBE CONSIDERARSE PERMANENTE E IRREVERSIBLE. HE DECIDIDO QUE NO QUIERO EMBARAZARME, NI TENER NI ENGENDRAR HIJOS.

Me informaron sobre metodos anticonceptivos temporales disponibles y que podrian proporcionarme, lo que me permitiria tener o engendrar un hijo en el futuro. He rechazado estas alternativas y he optado por la esterilizacion.

Entiendo que me esterilizaran mediante una operacion conocida como

_____
Especificar tipo de Operacion

Se me han explicado las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con la operacion. Se han respondido todas mis preguntas satisfactoriamente. Entiendo que la operacion no se realizara hasta al menos Treinta dias despues de firmar este formulario. Entiendo que puedo cambiar de opinion en cualquier momento y que mi decision de no esterilizarme no implicara la suspension de ningun beneficio o servicio medico proporcionado por programas finaciados con fondos federales.

Tengo al menos 21 años de edad y naci el _____.
mes/dia/año

Yo , _____
Nombre del beneficiario

Consiento por mi propia voluntad ser esterilizado por

_____
Medico o Clinica

Por el metodo llamdo _____.
Metodo especifico de operacion

Mi consentimiento vence 180 dias despues de la fecha de mi firma o continuacion. Tambien doy mi consentimiento para que este formulario y otros Registros medicos relacionados con esa operacion se divulaguen a: representantes del departamento de salud y servicios humanos o empleados de programas o proyectos finaciados por dicho Departamento, pero unicamente para determinar si se cumplieron las leyes federales. He recibido una copia de este formulario.

X_____ X_____
Firma de Beneficiario **Fecha**

_____
Escriba/ el nombre de Beneficiario

_____
Numero de Medicaid de Beneficiario

DECLARACION DE INTERPRETE

Si se proporciono un interprete para asistir al beneficiario a ser esterilizado: he traducido la informacion y los consejos presentados oralmente al beneficiario a ser esterilizado por la persona que obtuvo el consentimiento. Tambien le he leido el formulario de consentimiento en su idioma e he explicado su contenido.a lo mejor de mi entendimiento a el/ ella entendio esta explicacion.

_____ _____
Firma de Interprete **Fecha**

DECLARACION DE LA PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

Antes _____
Nombre del Beneficiario

Firme el formulario de consentimiento y le explique la naturaleza de la operacion de esterilizacion._____,
Tipo de operacion especifico

El hecho de que se trata de un procedimiento definitivo e irreversible, asi como las molestias, riesgos y beneficios asociados. Informe al a persona que se va a esterilizar que existen metodos anticonceptivos alternativos temporales. Les explique que la esterilizacion es diferente Porque es permanente. Informe a la persona que se va a esterilizar que su consentimiento puede retirarse en cualquier momento y que no perdera ningun servicio de salud ni beneficio proporcionado por fondos federales. A lo mejor de mi entendimiento saber y explicar, la persona que se va a esterilizar tiene al menos 21 años y parece estar en plena capacidad mental. Solicito la esterilizacion consciente y voluntariamente y parece comprender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento

X_____ X _____
Firma de persona que obtiene consentimiento **fecha**

_____
firma

_____
Instalacion

_____
Direccion

DECLARACION DEL MEDICO

Poco antes de que se realice una operacion de esterilizacion

_____ en X_____
Nombre de Beneficiario **Fecha de Esterilizacion**

Le explique la naturaleza de la operacion de esterilizacion

_____,
Tipo de operacion en especifico

El hecho de que se trata e un procedimiento definitivo e irreversible, asi como las molestias, riesgos y beneficios asociados. Informe a la persona que se va a esterilizar que existen metodos anticonceptivos alternativos temporales. Le explique que la esterilizacion es diferente Porque es permanente. Informe a la persona que se va a esterilizar que su consentimiento puede retirarse en cualquier momento y que no perdera ningun servicio de salud ni beneficio proporcionado por fondos federales. A lo mejor de mi entendimiento la persona que se va a esterilizar tiene al menos 21 años y parece estar en plena capacidad mental. Solicito la esterilizacion consciente y voluntariamente y parece comprender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

(Instrucciones para el uso de parrafos finales alternativos:
Utilice el primer parrafo a continuacion, excepto en caso de parto prematuro o cirugia abdominal de emergencia, donde la esterilizacion se realiza menos de 30 dias despues de la fecha de la firma del beneficiario en el formulario de consentimiento. En esos casos, debe utilizarse el Segundo parrafo a continuacion.
Tacha el parrafo que no se utiliza.)

(1) Han transcurrido al menos Treinta dias entre la fecha de la firma del beneficiario en el formulario de consentimiento y la fecha en que se realizo la esterilizacion.

(2) esta esterilizacion se realizo menos de 30 dias pero mas de 72 horas despues de la fecha de la firma del beneficiario en este formulario de consentimiento debido a las siguientes circunstancias.(marque la casilla correspondiente y complete la informacion solicitada

☐ Parto prematuro
Fecha de Nacimiento aproximada del beneficiario:_____
☐ Cirugia abdominal de emergencia **(describir circunstancias en un archivo adjunto)**

X _____ X_____
Firma de Medico **Fecha**

Firma _____

Numero de NPI _____