

**FORMULARIO DE  
CONSENTIMIENTO DE  
ESTERILIZACIÓN**

PATIENT NAME	CHART NO.	RECIPIENT ID NO.
HOSPITAL/CLINIC		

**NOTIFICACIÓN:** SU DECISIÓN, EN CUALQUIER MOMENTO, DE NO SER ESTERILIZADO(A) NO RESULTARÁ EN LA CANCELACIÓN O SUSPENSIÓN DE NINGÚN BENEFICIO PROPORCIONADO POR PROGRAMAS O PROYECTOS SUBVENCIONADOS CON FONDOS FEDERALES

**■ CONSENTIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN ■**

Yo pedí información acerca de la esterilización y la recibí de \_\_\_\_\_ . Cuando pedí la  
(médico o clínica)

información, se me dijo que la decisión de ser esterilizado(a) es completamente mía. Se me dijo que puedo decidir no ser esterilizado(a). Si decido no ser esterilizado(a), mi decisión no afectará mi derecho de recibir atención o tratamiento en el futuro. Yo no perderé ninguna ayuda o beneficios de programas subvencionados con fondos federales, tales como A.F.D.C. o Medicaid, que reciba ahora o para los que pueda reunir los requisitos.

**YO ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN SE CONSIDERA PERMANENTE E IRREVERSIBLE. YO HE DECIDIDO QUE NO QUIERO QUEDAR EMBARAZADA, CONCEBIR, NI ENGENDRAR HIJOS.**

Se me habló de los métodos temporales para el control de la natalidad a mi disposición, los que me permitirían concebir en el futuro. Yo he rechazado estas alternativas y he optado por ser esterilizado(a).

Yo entiendo que se me esterilizará a través de una operación conocida como \_\_\_\_\_. Se me han explicado los malestares, riesgos y beneficios relacionados con dicha operación. Todas mis preguntas han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Yo entiendo que la operación no será realizada hasta, por lo menos, treinta días después de que yo haya firmado este formulario. Yo entiendo que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y que mi decisión, en cualquier momento, de no ser esterilizado(a) no resultará en la suspensión de ningún beneficio o servicio médico proporcionado por programas subvencionados con fondos federales.

Yo tengo, por lo menos, 21 años de edad y mi fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_.

Mes Día Año  
Yo, \_\_\_\_\_, por la presente expreso mi consentimiento, por voluntad propia, para que el/la Dr(a). \_\_\_\_\_ me esterilice

(médico)  
a través de un método llamado \_\_\_\_\_.  
Mi consentimiento se vence en 180 días a partir de la fecha de mi firma más abajo.

También doy mi consentimiento para la cesión, tanto de este formulario, como de otros documentos relativos a la operación contenidos en mi historia clínica, a:

Representantes del Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social, o Empleados de programas o proyectos subvencionados con fondos de dicho Departamento, sólo con el propósito de determinar si las leyes federales fueron respetadas.

Yo he recibido una copia de este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Le solicitamos que proporcione la siguiente información, pero no es obligatorio hacerlo:

Raza y grupo étnico ( marque)

- 1 Indio americano o  3 Negro (no de origen hispano)  
Nativo de Alaska  4 Hispano  
 2 Asiático o isleño del Pacífico  5 Blanco (no de origen hispano)

**■ DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE ■**

Si se proporciona un intérprete para ayudar a la persona que será esterilizada:

Yo he interpretado la información y el asesoramiento presentados oralmente por la persona que obtiene este consentimiento a la persona a ser esterilizada. También le he leído el formulario de consentimiento en (lengua) \_\_\_\_\_ y le he explicado sus contenidos. A mi leal saber y entender, creo que él/ella entendió esta explicación.

\_\_\_\_\_  
Intérprete Fecha

**■ DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE OBTIENE EL  
CONSENTIMIENTO ■**

Antes de que \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona

firmara el formulario de consentimiento, yo le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización \_\_\_\_\_, el hecho de que se trata de una intervención definitiva e irreversible, y los riesgos y beneficios asociados con dicha intervención.

Asesoré a la persona a ser esterilizada acerca de los métodos alternativos de control de natalidad temporales que tengo a mi disposición. Yo le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Informé a la persona a ser esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá por ello ningún servicio de salud ni beneficios proporcionados con fondos federales.

A mi leal saber y entender, la persona a ser esterilizada tiene, al menos, 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Él/ella solicitó, voluntariamente y con conocimiento de causa, ser esterilizado(a), y parece entender la naturaleza y consecuencia de la intervención.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que obtiene el consentimiento Fecha

\_\_\_\_\_  
Instalación

\_\_\_\_\_  
Dirección

**■ DECLARACIÓN DEL MÉDICO ■**

Poco antes de realizar la intervención de esterilización a

\_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona a ser esterilizada Fecha de la esterilización  
\_\_\_\_\_, le expliqué la naturaleza

Operación  
de la operación de esterilización \_\_\_\_\_,  
Especifique tipo de operación

El hecho de que se trata de una intervención definitiva e irreversible, y los malestares, riesgos y beneficios asociados con dicha intervención.

Asesoré a la persona a ser esterilizada acerca de los métodos alternativos de control de natalidad temporales que tengo a mi disposición. Yo le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Informé a la persona a ser esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá por ello ningún servicio de salud ni beneficios proporcionados con fondos federales.

A mi leal saber y entender, la persona a ser esterilizada tiene, al menos, 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Él/ella solicitó, voluntariamente y con conocimiento de causa, ser esterilizado(a), y pareció entender la naturaleza y consecuencias de la intervención.

(Instrucciones para el uso de párrafos finales alternativos: Use el primer párrafo que sigue a continuación, excepto en caso de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia, cuando la esterilización se haya realizado menos de 30 días después de la fecha en que la persona firmó el formulario de consentimiento. En esos casos, debe usarse el segundo párrafo que sigue a continuación. Tache el párrafo que no use.)

- (1) Pasaron, al menos, treinta días entre la fecha en que la persona a ser intervenida firmó este formulario de consentimiento y la fecha en que se realizó la esterilización.
- (2) La esterilización fue realizada menos de 30 días pero más de 72 horas después de la fecha en que la persona firmó este formulario de consentimiento, debido a las siguientes circunstancias (marque lo que sea pertinente y proporcione la información solicitada):

- 1 Parto prematuro  
Fecha prevista del parto: \_\_\_\_\_
- 2 Cirugía abdominal de emergencia: \_\_\_\_\_  
(describa las circunstancias): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Fecha

**LO SIGUIENTE DEBE SER RELLENADO PARA ESTERILIZACIONES REALIZADAS EN NUEVA YORK – CERTIFICACIÓN DE TESTIGO**

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que el día \_\_\_\_\_ estuve presente mientras que el asesor leyó y explicó el formulario de consentimiento a \_\_\_\_\_ y se aseguró de que el/la paciente firmara dicho formulario de consentimiento de su propio puño y letra.  
(nombre del paciente)

FIRMA DEL TESTIGO	TÍTULO	FECHA
x		

**REAFIRMACIÓN (a ser firmada por el/la paciente al momento de ser ingresado/a para la esterilización)**

Yo certifico que he considerado cuidadosamente toda la información, el asesoramiento y las explicaciones que se me proporcionaron al momento en que firmé por primera vez el formulario de consentimiento. Yo he decidido que aún deseo ser esterilizado(a) a través de la intervención indicada en el formulario ordinal de consentimiento y, por la presente, reafirmo tal decisión.

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA	FIRMA DEL TESTIGO	FECHA
x		x	