

**Sterilization Consent Form (Spanish)**

(FAX consent form to 1-512-514-4229)

Client Medicaid or Family Planning Number:	Date Client Signed	/ / (month/day/year)
Choose one: <input type="checkbox"/> This is an initial submission of the Sterilization Consent Form. <input type="checkbox"/> This is a corrected Sterilization Consent Form.		

**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 Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o Medicaid, que recibo actualmente o para los cuales podría calificar.

**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 sobre 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 \_\_\_\_\_ (especificar el 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 llevará a cabo hasta que hayan pasado 30 días, como mínimo, a partir de la fecha en la que firme esta Forma. 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 o clínica) por el método llamado \_\_\_\_\_ (especificar el tipo de operación).

Mi consentimiento vence 180 días a partir de la fecha que aparece abajo con mi firma.

También doy mi consentimiento para que se presente esta Forma 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 sólo para que puedan determinar si se han cumplido las leyes federales. He recibido una copia de esta Forma.

Firma:	Fecha:	/ / (mes, día, año)
--------	--------	---------------------

**Definición de Raza y Origen Étnico**

*(Se ruega proporcione la siguiente información, aunque no es obligatorio hacerlo)*

<b>Origen étnico</b>	<input type="checkbox"/> No hispano o latino	<b>Raza (marque según aplique)</b>	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena americano o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
	<input type="checkbox"/> Hispano o latino		<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Natural de Hawaii u otras islas del P	<input type="checkbox"/> Origen étnico acifico

**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 él/ella la Forma de Consentimiento en idioma \_\_\_\_\_ y le he explicado el contenido de esta forma. A mi mejor saber y entender, ella/él ha entendido esta explicación.

Firma:	Fecha:	/ / (mes, día, año)
--------	--------	---------------------

**Declaración De La Persona Que Obtiene Consentimiento**

Antes de que \_\_\_\_\_ (nombre completo del cliente) firmara la Forma de Consentimiento para la Esterilización, le he explicado a ella/él los detalles de la operación \_\_\_\_\_ (especificar el 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 que obtiene el consentimiento:	Fecha:	/ / (mes, día, año)
--	--------	---------------------

Nombre del lugar:	Dirección del lugar:
-------------------	----------------------

**Declaración Del Médico**

Un poco antes de realizar la operación para la esterilización a \_\_\_\_\_ (nombre de persona por ser esterilizada/o), en \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (fecha de esterilización), le expliqué a él/ella los detalles de esta operación para la esterilización \_\_\_\_\_ (especificar el 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 sera 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.

**Elija una de las dos afirmaciones siguientes según corresponda:**

- (1) Han transcurrido por lo menos 30 días entre la fecha en la que la persona firmó esta Forma de Consentimiento y la fecha en la que se realizó la esterilización. (Nota: 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 la Forma de Consentimiento para 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 la Forma de Consentimiento debido a una de las siguientes circunstancias. **Si usted eligió la opción #2, marque la casilla correspondiente a continuación y complete la información solicitada:**
  - (2a) Parto prematuro - Fecha prevista de parto \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes, día, año)
  - (2b) Cirugía abdominal de urgencia (Describa las circunstancias): \_\_\_\_\_

Firma del médico:	Fecha:	/ / (mes, día, año)
-------------------	--------	---------------------

**Declaración Sobre Ley De Reducción De Trámites**

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta solicitud es 0937-0166. Se ha estimado que el tiempo promedio necesario para completar esta recolección de información es 1 hora y 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de información existente, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del cálculo (s) del tiempo o sugerencias para mejorar esta forma, por favor escriba 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. [HHS-687]

**All Fields in This Box Required for Processing**

TPI:	NPI:	Taxonomy:
Provider/Clinic Telephone:	Provider/Clinic Fax Number:	Benefit Code:
Program (Check one): <input type="checkbox"/> DSHS Family Planning Program <input type="checkbox"/> XIX (Medicaid)		