HEALTH CARE AUTHORITY

VOLUNTARY STERILIZATION CONSENT
CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO PARA SER ESTERILIZADO

DISTRIBUTION: One copy each to: Patient, Physician, Hospital and Anesthesiologist

Name/*Nombre*	**ID Number**/*Número de Indentification*
Address/*Dirección*	

NOTICE: Your decision at any time NOT to be sterilized will NOT result in the withdrawal OR withholding of any benefits provided by programs or projects receiving Federal funds.

CONSENT TO STERILIZATION

I have requested and received information about sterilization from

_____.
Doctor or Clinic

When I first requested the information, I was told that the decision to be sterilized is completely up to me. I was told that I could decide not to be sterilized. If I decide not to be sterilized, my decision will not affect my right to future care or treatment. I will not lose any help or benefits from programs receiving Federal funds, such as AFDC or Medicaid that I am not receiving or for which I may become eligible.

I UNDERSTAND THAT THE STERILIZATION MUST BE CONSIDERED PERMANENT AND NOT REVERSIBLE. I HAVE DECIDED THAT I DO NOT WANT TO BECOME PREGNANT, BEAR CHILDREN OR FATHER CHILDREN.

I was informed about temporary methods of birth control that are available and could be provided to me which will allow me to bear or father a child in the future. I have rejected these alternatives and chosen to be sterilized.

I understand that I will be sterilized by an operation known as a

_____.
Type of Operation

The discomforts, risks and benefits associated with the operation have been explained to me. All of my questions have been answered to my satisfaction.

I understand that although the operation works almost all of the time, it cannot be guaranteed 100% to make me sterile.

I understand that the operation will not be performed until at least thirty days after I sign this form. I understand that I can change my mind at any time, and that my decision at any time not to be sterilized will not result in the withholding of any benefits or medical services provided by federally funded programs.

I am at least 21 years of age and was born on _____.
Month Day Year

I, _____ hereby consent of

my own free will to be sterilized by _____
Doctor

by a method called _____. My
Type of Operation

consent expires 180 days from the date of my signature below.

I also consent to the release of this form and other medical records related to the operation to:

Representatives of the Department of Health, Education and Welfare or

Employees of programs or projects funded by the Department but only for determining if Federal laws were observed.

I have received a copy of this form.

_____ _____
Signature *Date*

You are requested, but not required to supply the following information:

Race and ethnicity designation (please check)

☐ Native American or Alaska Native
☐ Asian or Pacific Islander
☐ African American (not of Hispanic origin)
☐ Hispanic
☐ Caucasian (not of Hispanic origin)

INTERPRETER'S STATEMENT

If an interpreter is provided to assist the individual to be sterilized:

I have translated the information and advice presented orally to the individual to be sterilized by the person obtaining this consent. I have also read him/her the consent for in _____ and
Language

explained its contents to him/her. To the best of my knowledge and belief he/she understood this explanation.

_____ _____
Interpreter *Date*

STATEMENT OF PERSON OBTAINING CONSENT

Before _____ signed the
Name of Individual

consent form, I explained to him/her the nature of the sterilization operation, _____ the fact that it is intended to be a final and irreversible procedure and the discomforts, risks and benefits associated with it.

I counseled the individual to be sterilized that alternative methods of birth control are available which are temporary. I explained that sterilization is different because it is permanent.

I informed the individual to be sterilized that his/her consent can be withdrawn at any time and that he/she will not lose any health services or any benefits provided by Federal funds.

To the best of my knowledge and belief, the individual to be sterilized is at least 21 years old and appears mentally competent. He/she knowingly and voluntarily requested to be sterilized and appears to understand the nature and consequence of the procedure.

_____ _____
Signature of Person Obtaining Consent *Date*

_____
Facility

_____
Address

PHYSICIAN'S STATEMENT

Shortly before I performed a sterilization operation upon

_____
Name of Individual to be Sterilized

on _____. I explained to him/her the nature of the
Date of Sterilization Operation

_____,
Type of Operation

The fact that it is intended to be a final and irreversible procedure and the discomforts, risks and benefits associated with it.

I counseled the individual to be sterilized that alternative methods of birth control are available which are temporary. I explained that sterilization is different, because it is permanent.

I informed the individual to be sterilized that his/her consent can be withdrawn at any time and that he/she will not lose any health services or benefits provided by Federal funds.

To the best of my knowledge and belief, the individual to be sterilized is at least 21 years old and appears mentally competent. He/she knowingly and voluntarily requested to be sterilized and appeared to understand the nature and consequences of the procedure.

Instructions for use of alternative final paragraphs: Check the first box below except in the case of premature delivery or emergency abdominal surgery where the sterilization is performed less than 30 days after the date of the individual's signature on the consent form. In those cases, the second box below must be checked.

☐ At least 30 days have passed between the date of the individual's signature on this consent form and the date the sterilization was performed.

☐ This sterilization was performed less than 30 days but more than 72 hours after the date of the individual's signature on this consent form because of the following circumstances. (Check applicable box and enter information requested):

☐ Premature delivery
Individual's expected date of delivery: _____

☐ Emergency abdominal surgery
Describe circumstances: _____

_____

_____ _____
Physician *Date*

NOTA: Si en cualquier momento decide NO hacerse esterilizar ello NO resultara en que se le retiren O retengan cualquiera de los beneficios proporcionados por programas o proyectos que reciben fondos del gobierno.

CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN

He pedido y recibido información sobre la esterilización de

_____.
Doctor o Clínica

Cuando me informe al respecto, se me dijo que la decisión de hacerme esterilizar es absolutamente mala. Me han informado que, si así lo deseo, puedo decidir no hacerme esterilizar. Si decido no hacerme esterilizar, esta decisión no afectara mis derechos a cuidados o tratamiento futuros. No perderé ninguno de los beneficios de programas que reciben fondos federales, como por ejemplo AFDC o Medicaid que esté recibiendo en la actualidad o que pueda recibir en el futuro.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN SE CONSIDERA **PERMANENTE** E **IRREVOCABLE. HE DECIDIDO QUE NO QUIERO QUEDAR EMBARAZADA. TENER HIJOS O PROCREAR HIJOS.**

Se me ha informado acarea de los métodos anticonceptivos que están disponibles y que se me podrán proporcionar, los que si me permitirán tener un hijo o procrear un hijo en el futuro. He rechazado estas alternativas y he elegido el ser esterilizado(a). Entiendo que ser esterilizado(a) por medio de una operación conocida bajo el nombre de

_____.
Tipo de Operacion

Los inconvenientes, riesgos y beneficios asociados con esta operación me han sido explicados. Todas mis preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria.

Comprendo que aunque la operación da buenos resultados casi siempre, no se me puede garantizar que me va a esterilizar en un 100%.

Entiendo que la operación no se hará hasta por lo menos 30 días después de haber firmado este consentimiento. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi decisión de no hacerme esterilizar no resultara en que se me retiren cualquiera de los beneficios o servicios médicos proporcionados por fondos federales.

Tengo por lo menos 21 años de edad y naci él _____.
Mes Día Ano

Yo, _____ por la presente consiento por mi propia voluntad a que me esterilice

_____
Doctor

por el método conocido como _____.
Tipo de Operación

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

También consiento a que este formulario y otros antecedentes médicos sean puestos a la disposición de:

Representantes del Departamento de Salud, Educación y Bienestar (Department of Health, Education and Welfare)
o
Empleados de programas o proyectos que operan con fondos de ese departamento, pero solamente para determinar si se han cumplido las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

_____ _____
Firma *Fecha*

Se le pide que proporcione la siguiente información, pero esto no es obligatorio:

Raza y Designación Étnica (haga una marca)

☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska
☐ Asiático o de Islas del Pacifico
☐ Negro (no de origen hispano)
☐ Hispano
☐ Caucasiano (no de origen hispano)

DECLARACIÓN DEL INTERPRETE

Si se proporciona un intérprete para asistir a la persona a ser esterilizada:

He traducido la información y consejos incluidos dados en forma oral por la persona que obtiene este consentimiento, a la persona a ser esterilizada. También le he leído el formulario de consentimiento en el idioma Español y le he explicado su contenido. Según mi mejor entender esta persona ha comprendido esta explicación.

_____ _____
Interprete *Fecha*

DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE OBTIENE ESTE CONSENTIMIENTO

Antes de que _____ firmara este
Nombre de la Persona
formulario de consentimiento, le he explicado la naturaleza de la operación para la esterilización llamada _____
y el hecho de que se trata de un procedimiento final e irrevocable, habiéndole explicado también los inconveniente, riesgos y beneficios que la acompañan.

Advertí a la persona a ser esterilizada que existen métodos anticonceptivos alternos, que son temporarios. Le explique que la esterilización es diferente porque es permanente.

He informado a la persona a ser esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá ninguno de los servicios de salud o cualquier otro beneficio proporcionado con fondos federales.

De acuerdo a mi mejor entender, la persona a ser esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y parece tener capacidad mental suficiente. Esta persona ha solicitado en forma voluntaria, con pleno conocimiento de lo que implica, que la esterilicen y parece comprender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

_____ _____
Firma de la Persona que Obtiene el Consentimiento *Fecha*

_____
Establecimiento

_____
Dirección

DECLARACIÓN DEL MEDICO

Poco antes de efectuar la operación para la esterilización de

_____
Nombre de la Persona a ser Esterilizada

el _____ le explique la naturaleza operación
Fecha de la Operación
llamada _____,
Tipo de Operacion
así como el hecho de que es un procedimiento final e irrevocable, así como los inconvenientes, riesgos y beneficios derivados del mismo..

He advertido a la persona a ser esterilizada que existen métodos anticonceptivos que son temporarios. Le he explicado que la esterilización es diferente, porque es permanente.

He informado a la persona a ser esterilizada que su consentimiento puede ser retirado en cualquier momento y que por ello no perderá ninguno de los cuidados médicos o beneficios proporcionados por fondos federales.

A mi mejor entender, la persona a ser esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y tiene la suficiente capacidad mental. Ha pedido voluntariamente y con pleno conocimiento el ser esterilizado(a) y parece comprender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

Instrucciones para el uso de párrafos finales alternos: Utilice el primer párrafo que sigue, excepto en casos de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia, en que la esterilización de efectúa menos de 30 días después de la fecha de la firma del formulario de consentimiento. En dichos casos, deberá usarse el segundo párrafo de los que siguen.

☐ Por lo menos 30 días han transcurrido entre la fecha en que la persona firmo el formulario de consentimiento y la fecha en que se efectuó la operación de esterilización.

☐ Esta esterilización fue efectuada menos de 30 días pero más de 72 horas después de haber firmado la persona el formulario de consentimiento, debido a las circunstancias siguientes (haga una marca donde corresponda y de la información requerida):

☐ Parto prematuro
Fecha en que debiera haber ocurrido el parto: _____
☐ Cirugía abdominal de emergencia
Describa las circunstancias: _____

_____

_____ _____
Medico *Fecha*