

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN

INSTRUCCIONES: COMPLETE Y ENTREGUE COPIAS A: ORIGINAL: MÉDICO; COPIA: HOSPITAL; COPIA: PACIENTE; COPIA: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS (DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES, DHS); PROGRAMAS DE LA OFICINA DE ASISTENCIA MÉDICA (OFFICE OF MEDICAL ASSISTANCE)

AVISO: SI EN ALGÚN MOMENTO DECIDE NO SOMETERSE AL PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN, NO PERDERÁ NI SE LE DENEGARÁ NINGUNO DE LOS BENEFICIOS PROVISTOS EN VIRTUD DE PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBEN FINANCIAMIENTO FEDERAL.

1. Nombre del paciente
2. Número de beneficiario

■ CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN ■

Solicité y recibí información sobre los procedimientos de esterilización de parte de 3. _____ (médico o clínica). La primera vez que solicité la información, me dijeron que la decisión de someterme a un procedimiento de esterilización era exclusivamente mía. También me informaron que podía decidir no someterme al procedimiento de esterilización. Si decido no someterme, esto no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. No perderé ninguna ayuda o beneficio en virtud de los programas que reciben financiamiento federal, como la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o Medicaid, que reciba en la actualidad o que pudiera corresponderme en el futuro.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN ES UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO **PERMANENTE E IRREVERSIBLE**. HE DECIDIDO QUE NO DESEO PROCREAR, CURSAR UN EMBARAZO NI TENER HIJOS.

Recibí información sobre los métodos anticonceptivos temporales que hay disponibles y que podrían proporcionarme, los cuales me permitirían procrear o tener hijos en el futuro. Rechacé estas alternativas y elegí someterme a un procedimiento de esterilización.

Entiendo que el procedimiento de esterilización al que me someteré es una operación conocida como

4. _____ (especificar el tipo de operación). Me han explicado las molestias, los riesgos y los beneficios relacionados con la operación. Recibí respuestas satisfactorias a todas mis preguntas.

Entiendo que la operación se realizará después de que hayan transcurrido como mínimo 30 días a partir de la firma de este formulario. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que, si decido no someterme al procedimiento de esterilización, no perderé ni se me denegará ninguno de los beneficios provistos por los programas que reciben financiamiento federal.

Soy mayor de 21 años y nací el 5. _____ (fecha; mm/dd/aaaa).

Por el presente, yo, 6. _____ (nombre de la persona que se someterá al procedimiento de esterilización), doy mi consentimiento para el procedimiento de esterilización que llevará a cabo 7. _____ (médico), denominado 8. _____ (especificar el tipo de operación).

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

También otorgo mi consentimiento respecto de la divulgación de este formulario y otra información de mi historia clínica relativa a la operación a las siguientes personas o entidades:

Representantes del Departamento de Salud y Servicios Sociales (Department of Health and Human Services) o empleados de programas o proyectos financiados por dicho departamento, exclusivamente a los efectos de determinar si se cumplió con las leyes federales.

Recibí una copia de este formulario.

9. _____ (firma)
10. _____ (fecha; mm/dd/aaaa)

Si bien se le solicita la siguiente información, no está obligado a proporcionarla.

11. Designación de raza y origen étnico (marcar las opciones que correspondan)

Origen étnico: Hispano Indígena estadounidense o nativo de Alaska
 Ni hispano ni latino Asiático
 Negro o afroamericano
 Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
 Blanco

■ DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE ■

Si se proporciona un intérprete para ayudar a la persona que se someterá al procedimiento de esterilización:

Traduje la información y las recomendaciones que la persona que obtiene este consentimiento brindó en forma oral a la persona que se someterá al procedimiento de esterilización. También le leí el formulario de consentimiento en idioma 12. _____ y le expliqué su contenido. A mi leal saber y entender, la persona comprendió la explicación proporcionada.

13. _____ (intérprete)

14. _____ (fecha; mm/dd/aaaa)

■ DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO ■

Antes de que 15. _____ (nombre de la persona) firmara el formulario de consentimiento, le expliqué oralmente la naturaleza de la operación de esterilización denominada

16. _____ (especificar el tipo de operación), así como también el hecho de que se trata de un procedimiento definitivo e irreversible, y cuáles son las molestias, los riesgos y los beneficios relacionados.

Asesoré a la persona que se someterá al procedimiento de esterilización con respecto a la disponibilidad de otros métodos anticonceptivos que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé a la persona que se someterá al procedimiento de esterilización que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que, si lo hace, no perderá ningún servicio de salud o beneficio proporcionado a través de programas con financiamiento federal.

A mi leal saber y entender, la persona que se someterá al procedimiento de esterilización es mayor de 21 años y se halla en pleno uso de sus facultades mentales. Solicitó someterse a un procedimiento de esterilización de manera deliberada y voluntaria, y entiende la naturaleza y las consecuencias de la operación.

17. _____ (firma de la persona que obtiene el consentimiento)

18. _____ (fecha)

19. _____ (centro)

20. _____ (domicilio)

■ DECLARACIÓN DEL MÉDICO ■

Poco antes de realizarle la operación de esterilización a

21. _____ (nombre de la persona que se someterá al procedimiento de esterilización) el 22. _____ (fecha de la operación de esterilización),

le expliqué oralmente la naturaleza del procedimiento denominado 23. _____ (especificar el tipo de operación), así como también el hecho de que se trata de una intervención definitiva e irreversible, y cuáles son las molestias, los riesgos y los beneficios relacionados.

Asesoré a la persona que se someterá al procedimiento de esterilización con respecto a la disponibilidad de otros métodos anticonceptivos que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé a la persona que se someterá al procedimiento de esterilización que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que, si lo hace, no perderá ningún servicio de salud o beneficio proporcionado a través de programas con financiamiento federal.

A mi leal saber y entender, la persona que se someterá al procedimiento de esterilización es mayor de 21 años y se halla en pleno uso de sus facultades mentales. Solicitó someterse a un procedimiento de esterilización de manera deliberada y voluntaria, y entendió la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

(Instrucciones para el uso de párrafos finales alternativos: use el primero de los párrafos a continuación, salvo en el caso de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia, cuando la esterilización se realiza antes de los 30 días a partir de la fecha en que la persona firmó el formulario de consentimiento. En estos casos, debe usarse el segundo párrafo. Tache el párrafo que no se utilice).

(1) Transcurrieron entre 30 y 180 días entre la fecha en que la persona firmó este formulario de consentimiento y la fecha en que se realizó el procedimiento de esterilización.

(2) El procedimiento se realizó en un plazo de entre 72 horas y 30 días después de la firma de este formulario de consentimiento debido a las siguientes circunstancias (marcar la casilla correspondiente y completar la información solicitada):

24. Parto prematuro. Fecha prevista de parto: _____
 Cirugía abdominal de emergencia. Describa las circunstancias: _____

25. _____ (médico)

26. _____ (fecha; mm/dd/aaaa)

DECLARACIÓN DE LA LEY FEDERAL DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES
(Oficina de Administración y Presupuesto [Office of Management and Budget, OMB] n.º 0937-0166)

Lo organismos federales no podrán realizar ni patrocinar, y las personas no estarán obligadas a responder, ningún procedimiento de recopilación de información donde no figure el número de control válido de la OMB. La carga horaria que requiere la tarea de recopilación de información será variable; no obstante, estimamos un promedio de una hora por respuesta, lo que incluye la lectura de las instrucciones, la recopilación y el mantenimiento de los datos necesarios, y la divulgación de la información. Si tiene comentarios sobre la estimación de la carga horaria o sobre cualquier otro aspecto de este procedimiento de recopilación de información, envíelo por correo a la siguiente dirección: OS Reports Clearance Officer, ASBTF/Budget Room 503 HHH Building, 200 Independence Avenue, SW., Washington, DC 20201.

Se deberá informar a las personas encuestadas que la recopilación de la información contenida en este formulario está permitida en virtud de la subparte B de la parte 50 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), que se relaciona con los procedimientos de esterilización en personas beneficiarias de programas de salud pública que reciben financiamiento federal. El propósito de solicitar esta información es garantizar que las personas que deseen recibir servicios de esterilización cuenten con información relativa a los riesgos, los beneficios y las consecuencias, así como obtener el consentimiento voluntario e informado de todas aquellas que se sometan a procedimientos de esterilización en virtud de programas de salud pública que reciben financiamiento federal. Si bien no están obligados a hacerlo, se solicita a los encuestados que proporcionen información sobre su raza y origen étnico. Si el encuestado no proporciona el resto de la información que se solicita y no firma este formulario de consentimiento, es posible que no pueda someterse a procedimientos de esterilización financiados a través de programas de salud pública que reciben financiamiento federal.

Se preservará la confidencialidad de toda la información relacionada con hechos y circunstancias personales que se obtenga a través de este formulario y no se la divulgará sin el consentimiento de la persona involucrada, de conformidad con cualquier reglamentación sobre confidencialidad aplicable (pág. 52165 del volumen 43 del Registro Federal [Federal Register, FR], 8 de noviembre de 1978, según modificaciones de la pág. 33343 del volumen 58 del FR, 17 de junio de 1993; pág. 12308 del volumen 68 del FR, 14 de marzo de 2003).

Instrucciones del formulario de consentimiento para procedimientos de esterilización

De acuerdo con la subparte B de la parte 50 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (que se relaciona con los procedimientos de esterilización en personas beneficiarias de proyectos de planificación familiar que reciben financiamiento federal), se requiere un formulario de consentimiento válido para todos los procedimientos de esterilización realizados principalmente con el fin de lograr la esterilización. Los proveedores deben completar todas las secciones del Formulario de consentimiento para procedimientos de esterilización, según corresponda. Para que el formulario de consentimiento tenga validez, todos los campos deben completarse con letra legible. Si alguno de los campos es ilegible, se rechazará el formulario de consentimiento presentado.

- 1. Nombre del paciente:** Indique el nombre y el apellido del beneficiario.
- 2. Número de beneficiario:** Indique el número de identificación de 10 dígitos del beneficiario.
- 3. Médico o clínica:** Indique el nombre del médico o la clínica que brinda la información al beneficiario.
- 4. Tipo de operación:** Especifique el nombre de la operación de esterilización que se realizará. El nombre indicado en este campo debe coincidir con el que se solicita en todas las demás instancias.
- 5. Fecha:** Indique la fecha de nacimiento del beneficiario en el formato numérico mes/día/año. El beneficiario debe ser mayor de 21 años para poder brindar su consentimiento.
- 6. Nombre de la persona que se someterá al procedimiento de esterilización:** Indique el nombre y el apellido del beneficiario.
- 7. Médico:** Indique el nombre del médico que realizará el procedimiento.
- 8. Tipo de operación:** Especifique el nombre de la operación de esterilización que se realizará. El nombre indicado en este campo debe coincidir con el que se solicita en todas las demás instancias.
- 9. Firma del beneficiario:** El beneficiario debe firmar el formulario (es obligatorio que indique su nombre y apellido).
- 10. Fecha:** Indique la fecha en que el beneficiario firma el formulario. El beneficiario debe indicar la fecha en el formulario en el formato numérico mes/día/año. El beneficiario debe ser mayor de 21 años en dicha fecha.
- 11. Designación de raza y origen étnico:** Esta información es opcional. Si bien se solicita la designación de raza y origen étnico, no es obligatorio proporcionarla.
- 12. Idioma:** Indique el idioma que usa el intérprete para comunicar la información al beneficiario.

Declaración del intérprete:

Deben utilizarse los servicios de un intérprete para asistir al beneficiario si este no entiende el idioma en el que está escrito formulario de consentimiento o el idioma en que habla la persona que obtiene dicho consentimiento. Si se proporciona un intérprete, se debe completar esta sección en su totalidad. De lo contrario, se debe dejar en blanco. Si la sección se completa de manera parcial, se rechazará el consentimiento debido a que la información está incompleta.

13. Firma del intérprete:

Si se utilizan servicios de interpretación, el intérprete debe firmar el formulario. Si el intérprete brinda asistencia de manera remota (por teléfono o videollamada) para completar este formulario, igualmente deberá firmar el formulario.

14. Fecha:

El intérprete debe indicar la fecha en el formulario en el formato numérico mes/día/año.

15. Nombre de la persona:

Indique el nombre y el apellido del beneficiario.

16. Tipo de operación:

Indique el nombre de la operación de esterilización. El nombre indicado en este campo debe coincidir con el que se solicita en todas las demás instancias.

17. Firma de la persona que obtiene el consentimiento:

La persona que brinda asesoramiento sobre esterilización debe firmar el formulario.

18. Fecha:

La persona que obtiene el consentimiento debe indicar la fecha en el formulario en el formato numérico mes/día/año.

19. Centro:

Indique el nombre del centro donde el beneficiario recibió la información sobre esterilización.

20. Domicilio:

Indique el domicilio del centro donde el beneficiario recibió la información sobre esterilización.

21. Nombre de la persona que se someterá al procedimiento de esterilización:

Indique el nombre y el apellido del beneficiario.

22. Fecha de la operación de esterilización:

Indique la fecha de la operación de esterilización en el formato numérico mes/día/año.

23. Tipo de operación:

Indique el nombre de la operación de esterilización. El nombre indicado en este campo debe coincidir con el que se solicita en todas las demás instancias.

Instrucciones para el uso de los párrafos finales alternativos:

El médico debe certificar una de las siguientes opciones:

- Elija la opción (1) en todos los casos, *salvo* en caso de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia.
- Elija la opción (2) en caso de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia.

24. (Si se selecciona la opción [2], marcar la casilla que corresponda)

Parto prematuro:

** En caso de parto prematuro, el médico debe indicar la fecha prevista de parto en el formato numérico mes/día/año.

Cirugía abdominal de emergencia:

** En caso de cirugía abdominal de emergencia, el médico debe describir la emergencia.

25. Firma del médico:

El médico que realice el procedimiento de esterilización deberá certificar y firmar la sección "Declaración del médico" del formulario de consentimiento una vez que haya realizado el procedimiento.

26. Fecha:

La fecha de la firma del médico debe indicarse en el formato numérico mes/día/año.