

C. Steven Plimpton, M.D., P.C.
Ellen Franklin, CNM, MS
515 East Thomas Road
Phoenix, AZ 85012

CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACION

He pedido y recibido informacion sobre la esterilizacion de Dr. Steve Plimpton. Cuando me informe al respecto, se me dijo que la decision de hacerme esterilizar es absolutamente mia. Me han informado que, si asi lo deseo, puedo decidir no hacerme esterilizar. Si decido no hacerme esterilizar, esta decision no afectara mis derechos a cuidados o tratamiento futuros. No perdere ninguno de los beneficios de programas que reciben fondos federales, como por ejemplo A.F.D.C. o Medicaid que este recibiendo en la actualidad o que pueda recibir en el futuro.

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

Se me ha informado acerca de los metodos anticonceptivos que estan disponibles y que se me podran proporcionar, los que si me permitiran tener un hijo o procrear un hijo en el futuro. He rechazado estas alternativas y he elegido el ser esterilizado(a). Entiendo que sere esterilizado(a) por medico de una operacion conocida bajo el nombre de "tubal cautery". Los inconvenientes, riesgos y beneficios asociados con esta operacion me han sido explicados. Todas mis preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria. Entiendo que la operacion no se hara hasta por lo menos 30 dias despues de haber firmado este consentimiento. Entiendo que puedo cambiar de opinion en cualquier momento y que mi decision de no hacerme esterilizar no resultara en que se me retiren cualquiera de los beneficios o servicios medicos proporcionados por fondos federales.

Tengo por lo menos anos de edad y naci de _____.

Yo, _____, por la presente consiento por mi propia voluntad a que me esterilice Dr. Steve Plimpton, por el metodo conocido como "tubal cautery". Mi consentimiento se vence a los 180 dias de la fecha de mi firma. Tambien consiento a que este formulario y otros antecedentes medicos sean puestos a la disposicion de: Representantes del Departamento de Salud, Educacion 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 informacion, pero esto no es obligatorio:

Raza y Designacion Etnica (Haga una marca.):

Negro (no de origen hispano) Hispano Indio Norteamericano Blanco Asiatico o de Islas del Pacifico

DECLARACION DEL INTERPRETE

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

He traducido la informacion y consejos incluidos dados en forma oral por la persona que obtiene este consentimiento, a la persona a ser esterilizada. Tambien le he leido el formulario de consentimiento en el idioma Espanol y le he explicado su contenido. Segun mi mejor entender esta persona ha comprendido esta explicacion.

Interprete

Fecha

DECLARACION DE LA PERSONA QUE OBTIENE ESTE CONSENTIMIENTO

Antes de que _____ firmara este formulario de consentimiento, le he explicado la naturaleza de la operacion para la esterilizacion llamada "tubal cauter", y el hecho de que se trata de un procedimiento final e irrevocable, haiendole explicado tambien los inconvenientes, riesgos y beneficios que la acompanan.

Adverti a la persona a ser esterilizada que existen metodos anticonceptivos alternos, que son temporarios. Le explique que la esterilizacion es diferente porque es permanente. He informado a la persona a ser esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perdera 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 anos de edad y parece tener capacidad mental suficiente. Esta persona ha solicitado en forma voluntaria, con pleno conocimiento de lo que implica, que la esterilicien y parece comprender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

Firma de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha

Establecimiento

Direccion

DECLARACION DEL MEDICO

Poco antes de efectuar la operacion para la esterilizacion de _____ el _____ le explique la naturaleza de la operacion llamada "tubal cautery" asi como el hecho de que es un procedimiento final e irrevocable, asi como los inconvenientes, riesgos y beneficios derivados del mismo. He advertido a la persona a ser esterilizada que existen metodos anticonceptivos que son temporarios. Le he explicado que la esterilizacion 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 perdera ninguno de los cuidados medicos o beneficios proporcionados por fondos federales.

A mi mejor entender, la persona a ser esterilizada tiene por lo menos 21 anos 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 parrafos finales alternos: Utilice el primer parrato que sigue, excepto en casos de parto prematuro o cirugia abdominal de emergencia, en que la esterilizacion se efectua menos de 30 dias despues de la fecha de la firma del formulario de consentimiento. En dichos casos, debera usarse el segundo parrafo de los que siguen. Tache el parrafo que no utilice.)

1. Por lo menos treinta dias han transcurrido entre la fecha en que la persona firmo el formulario de consentimiento y la fecha en que se efectuo la operacion de esterilizacion.

2. Esta esterilizacion fue efectuada menos de 30 dias pero mas de 72 horas despues de haber firmado la persona el formulario de consentimiento, debido a las circunstancias siguientes (haga una marca donde corresponda y de la informacion requerida):

___ Parto prematuro

Fecha en que debiera naber ocurrido el parto: _____

___ Cirugia abdominal de emergencia:

describa las circunstancias _____

Medico

Fecha