



Commonwealth of Massachusetts • Executive Office of Health and Human Services  
**Formulario de autorización para esterilización (21 años de edad o mayores)**

**Aviso:** si en cualquier momento decide no hacerse esterilizar ello no resultará en que se le retiren o retengan cualquiera de los beneficios proporcionados por programas o proyectos que reciben fondos del gobierno federal.

**Autorización para esterilización**

He pedido y recibido información sobre la esterilización de \_\_\_\_\_ (médico o clínica). Cuando primero me informé al respecto, se me indicó que la decisión de hacerme esterilizar es absolutamente mía. Me han informado que, si así lo deseo, puedo decidir hacerme esterilizar. Si decido no hacerme esterilizar, esta decisión no afectará mis derechos a cuidados o tratamiento futuros. No perderé ninguna ayuda o beneficios de programas que reciben fondos federales, como por ejemplo AFDC o MassHealth que ahora estoy recibiendo o que pueda ser elegible para recibir en el futuro.

*Entiendo que la esterilización debe ser considerada permanente e irreversible. He decidido que no quiero quedar embarazada, tener hijos, o procrear hijos.*

Se me ha informado acerca de los métodos anticonceptivos que están disponibles y que me podrán proporcionar, los que sí me permitirán tener un hijo o procrear un hijo en el futuro. He rechazado estas alternativas y he elegido el ser esterilizada(o).

Entiendo que seré esterilizada(o) por medio de una operación conocida bajo el nombre de \_\_\_\_\_. Los inconvenientes, riesgos, y beneficios asociados con esta operación me han sido explicados. Todas mis preguntas han sido contestadas de forma satisfactoria.

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 resultará en que se me retiren cualquiera de los beneficios o servicios médicos proporcionados por fondos federales.

Tengo 21 años de edad o más y nací el \_\_\_\_\_. Yo, \_\_\_\_\_, por la presente consiento por mi propia voluntad a ser esterilizada(o) por el/la Dr. \_\_\_\_\_, por el método conocido como \_\_\_\_\_. Mi autorización se vence a los 180 días de la fecha de mi firma.

También autorizo a que este formulario y otros expedientes médicos sean puestos a la disposición de: representantes de MassHealth o empleados de programas o proyectos que operan con fondos de MassHealth, pero solamente para determinar si se han cumplido las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de afiliado (ID): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*Se le pide que provea la siguiente información sobre raza y origen étnico pero no es obligatorio. Marque un cuadro solamente.*

- Indígena norteamericano o nativo de Alaska
- Asiático o isleño del Pacífico
- Negro (no de origen hispano)
- Hispano
- Blanco (no de origen hispano)

**Declaración de la persona que obtiene la autorización**

Antes de que \_\_\_\_\_ firmara este formulario de consentimiento, se le ha explicado a la persona la naturaleza de la operación llamada, \_\_\_\_\_; y el hecho de que se trata un procedimiento final e irreversible, habiéndole explicado también los inconvenientes, riesgos, y beneficios asociados. He informado a la persona a ser esterilizada que existen métodos anticonceptivos

alternos que son temporales. Le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente. He informado a la persona que va a ser esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá ninguno de los cuidados médicos o cualquier otro beneficio proporcionado con fondos federales.

De acuerdo a mi mejor entender, la persona a ser esterilizada tiene 21 años de edad o más y parece tener la suficiente capacidad mental. Ha pedido voluntariamente y con pleno conocimiento el ser esterilizada(o) y parece comprender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Institución: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

**Declaración del médico**

Poco antes de efectuar la operación para esterilización de \_\_\_\_\_ (nombre del afiliado) el \_\_\_\_\_ (fecha), le expliqué la naturaleza de la operación llamada \_\_\_\_\_; y el hecho de que se trata un procedimiento final e irreversible, habiéndole explicado también los inconvenientes, riesgos, y beneficios asociados. He informado a la persona a ser esterilizada que existen métodos anticonceptivos alternos que son temporales. Le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente. He informado a la persona que va a ser esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que no perderá ninguno de los cuidados médicos o cualquier otro beneficio proporcionado con fondos federales.

De acuerdo a mi mejor entender, la persona a ser esterilizada tiene 21 años de edad o más y parece tener la suficiente capacidad mental. Ha pedido voluntariamente y con pleno conocimiento el ser esterilizada(o) y parece comprender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

*Marque el cuadro o cuadros que aplican a continuación.*

- (1) Por lo menos 30 días han transcurrido entre la fecha en que la persona firmó el formulario de autorización y la fecha en que se efectuó la operación de esterilización.
- (2) Esta esterilización fue efectuada menos de 30 días pero más de 72 horas después de haber firmado la persona el formulario de autorización, debido a las circunstancias siguientes:
  - a. Parto prematuro. Fecha anticipada de nacimiento: \_\_\_\_\_
  - b. Cirugía abdominal de emergencia. Explique: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

Número de proveedor: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Declaración del intérprete**

*Si la persona considerando la esterilización fue asistida por un intérprete, dicho intérprete debe completar y firmar la siguiente declaración.*

He traducido la información y los consejos presentados de forma oral por parte de la persona que obtiene la autorización a la persona considerando la esterilización. También he leído el formulario de autorización a dicha persona en el siguiente idioma, \_\_\_\_\_; y le expliqué los contenidos del formulario. De acuerdo a mi mejor entender, la persona ha entendido esta explicación.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_