

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE INFORMACIÓN SOBRE LA HISTERECTOMÍA

(PROGRAMA DE MEDICAID DEL ESTADO DE NUEVA YORK)

SE DEBE LLENAR LA PARTE I O LA PARTE II

RECIPIENT ID NO.

SURGEON'S NAME

PARTE I: DECLARACIÓN DE RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y CERTIFICACIÓN DEL CIRUJANO

DECLARACIÓN DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE

A mí, _____, se me ha explicado que la histerectomía a la que me someteré
(NOMBRE DEL PACIENTE)

hará que me sea imposible quedar embarazada o dar a luz. Yo entiendo que una histerectomía es una operación permanente. Se me ha explicado la razón por la cual debe realizarse la histerectomía, como así también los malestares, riesgos y beneficios asociados con dicha intervención. Todas mis preguntas han sido contestadas antes de la cirugía y a mi entera satisfacción.

FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE	FECHA	FIRMA DEL INTÉRPRETE (de ser solicitado)	FECHA
X		X	

CERTIFICACIÓN DEL CIRUJANO

La histerectomía que se le practicará a la paciente arriba mencionada se realiza exclusivamente por indicaciones médicas. La histerectomía no se debe, principalmente ni en segundo lugar, a razones de planificación familiar, es decir, con el objeto de dejar a la paciente permanentemente incapacitada para procrear.

FIRMA DEL CIRUJANO	FECHA
X	

PARTE II: RENUNCIA DE RECONOCIMIENTO Y CERTIFICACIÓN DEL CIRUJANO

La histerectomía practicada a _____ fue solamente por indicaciones médicas.
(NOMBRE DEL PACIENTE)

La histerectomía no se debe, principalmente ni en segundo lugar, a razones de planificación familiar, es decir, con el objeto de dejar a la paciente permanentemente incapacitada para procrear. Yo no obtuve de ella el Reconocimiento de Recibo de Información sobre la Histerectomía ni le pedí que llenara la Parte I de este formulario porque (marque la opción adecuada y describa las circunstancias donde se indique):

- 1. Ella era estéril antes de la histerectomía.
 (Describa brevemente la causa de la esterilidad) _____

- 2. La histerectomía se realizó en circunstancias de emergencia en que la vida de la paciente estaba en peligro y el documento de reconocimiento previo a la intervención no era posible.
 (Describa brevemente la naturaleza de la emergencia)

- 3. Ella no era beneficiaria de Medicaid al momento de realizarse la histerectomía pero le informé antes de la cirugía que la intervención la dejaría permanentemente incapacitada para procrear.

FIRMA DEL CIRUJANO	FECHA
X	

DISTRIBUTION: File patient's medical record; hospital submit with claim for payment; surgeon and anesthesiologist submit with claims for payment; patient.