

# FORMULARIO DE PERMISO LA ESTERILIZACIÓN (CON FONDOS NO FEDERALES)

**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 FEDERAL.

## PERMISO PARA ESTERILIZACIÓN

He pedido y recibido información sobre la esterilización de

**ROBERT G. PUGACH, MD**

*(Doctor o Clínica)*

Cuando me informé al respecto, se me dijo que la decisión de permitir que se me esterilice es absolutamente mía. Me han informado que, si así lo deseo, puedo decidir no permitir que se me esterilice. Si decido no permitir que se me esterilice, esta decisión no afectará mis derechos a cuidados o tratamientos futuros. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento.

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

Se me ha informado acerca de los métodos anticonceptivos temporales que están disponibles y que se me podrán proporcionar, los que si me permitirán procrear un hijo en el futuro. He rechazado estas alternativas y he elegido ser esterilizado(da).

Entiendo que se me hará una operación conocida bajo el nombre de

**BILATERAL VASECTOMY**

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

Entiendo que la operación no será realizada por lo menos 30 días después de haber firmado este formulario, con excepción de situaciones específicas que me han sido minuciosamente explicadas.

Deseo renunciar el derecho de tener 30 días de espera. En cambio, estoy de acuerdo en esperar 3 días. (No menos de 72 horas.)

Tengo por lo menos 18 años de edad.

Soy menor de 18 años de edad, y

Estoy casado(da) legalmente,

Estoy en servicio activo en las fuerzas armadas de los EEUU,

He recibido una declaración de emancipación de acuerdo a la Sección 64 del Código Civil,

Tengo más de 15 años de edad, vivo separado(da) de mis padres o guardianes, y manejo mis asuntos financieros.

Nací en \_\_\_\_\_  
*(Mes) (Día) (Año)*

Yo, \_\_\_\_\_, por mi firma doy mi permiso a que se me haga una operación cuyo fin es el de esterilizarme, y que será hecha por **ROBERT G. PUGACH, MD**

*(Doctor)*

por el método conocido como **BILATERAL VASECTOMY**

No estoy en trabajo de parto y han transcurrido por lo menos 24 horas desde que di a luz o tuve un aborto. Yo no estoy buscando u obteniendo un aborto en este momento.

No estoy bajo la influencia del alcohol u otras sustancias que afecten mis facultades.

Entiendo que puedo tener un testigo de mi preferencia presente en el momento que dé el permiso para que se me esterilice.

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

He recibido una copia de éste formulario.

*(Firma)*

*(Fecha [Mes/Día/Año])*

## DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE

Si se proporciona un intérprete para asistir a la persona a ser esterilizada: He traducido la información y consejos oralmente por la persona que obtiene este permiso, a la persona a ser esterilizada. También le he leído el formulario de permiso en español y le he explicado su contenido. Según mi mejor entender el/ella ha comprendido esta explicación.

*(Intérprete)*

*(Fecha [Mes/Día/Año])*

## DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE OBTIENE ESTE PERMISO

Antes de que \_\_\_\_\_ firmara este

*(Nombre de la Persona)*

formulario de permiso, le expliqué la naturaleza de la operación para la esterilización llamada \_\_\_\_\_

el hecho de que se trata de un procedimiento final e irrevocable, habiéndole explicado también los malestares, riesgos y beneficios que la acompañan.

Yo advertí a la persona a ser esterilizada que existen métodos anticonceptivos alternos, que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

He informado a la persona a ser esterilizada que puede retirar su consentimiento a cualquier momento y que el/ella no perderá ninguno de los servicios de salud o cualquier otros beneficios proporcionados con fondos federales.

De acuerdo a mi mejor entender y creer la persona a ser esterilizada tiene por lo menos 18 años de edad, o reúne los requisitos necesarios de edad bajo los reglamentos en vigor, y parece mentalmente competente. El/Ella sabiendo y voluntariamente ha solicitado ser esterilizado(da) y parece comprender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

Yo certifico que le he explicado a la persona a ser esterilizada los requisitos por el entendimiento de permiso. Según está suscrito en este formulario y en regulaciones pertinentes.

*(Firma de la Persona que Obtiene el Permiso)*

**ROBERT G. PUGACH, MD**

*(Fecha)*

**3801 KATELLA AVE., STE 110  
LOS ALAMITOS, CA 90720**

*(Dirección)*

## DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Poco antes de efectuar la operación para la esterilización de \_\_\_\_\_

el

*(Nombre de la Persona a ser Esterilizada)*

*(Fecha de la Operación de Esterilización)*

yo le expliqué la naturaleza de la operación llamada

**BILATERAL VASECTOMY**

*(Tipo de Operación)*

el hecho de que es un procedimiento final e irrevocable, y los malestares, riesgos y beneficios derivados del mismo.

Yo advertí a la persona a ser esterilizada que existen métodos anticonceptivos que son temporales. Yo le expliqué que la esterilización es diferente, porque es permanente.

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

A mi mejor entender, la persona a ser esterilizada tiene por lo menos 18 años de edad, o reúne los requisitos de edad necesarios bajo los reglamentos en vigor, y parece mentalmente competente. Ha pedido voluntariamente y con pleno conocimiento ser esterilizado(da) y parece comprender la naturaleza y consecuencias del procedimiento.

**(Instrucciones para el uso de los párrafos finales alternos:** Utilice el primer párrafo que sigue, excepto en casos de parto prematuro, cirugía abdominal de emergencia o renuncia del paciente pare que la esterilización se efectúe en menos de 30 días después de la fecha de la firma del formulario de permiso. En dichos casos, deberá usarse el segundo párrafo. Tache el párrafo que no utilice.)

1. Por lo menos 30 días han transcurrido entre la fecha en que la persona firmó el formulario de permiso y la fecha en que se efectuó la operación de esterilización.

2. Yo certifico que esta esterilización fue efectuada antes de los 30 días pero después de 72 horas de haber firmado la persona el formulario de consentimiento, debido a las circunstancias siguientes (haga una marca donde corresponda y dé la información requerida):

a. Parto prematuro:

Fecha en que debería haber ocurrido el parto: \_\_\_\_\_

b. Cirugía abdominal de emergencia (describa las circunstancias): \_\_\_\_\_

Fecha en que la persona intentó ser esterilizada: \_\_\_\_\_

c. El/La paciente renunció el derecho al período de espera de 30 días a cambio de un período de espera de \_\_\_\_\_ días. (No menos de 72 horas.)

*(Médico)*

*(Fecha)*