

Declaración de histerectomía

NPI: _____ RID: _____

Si la paciente firma la declaración de histerectomía antes de la cirugía:

HE SIDO INFORMADA ORALMENTE Y POR ESCRITO DE QUE UNA HISTERECTOMÍA ME INCAPACITARÁ PERMANENTEMENTE PARA TENER HIJOS:

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Nombre del testigo (en letra de imprenta): _____

Firma del testigo: _____

Fecha de la firma: _____

Si el proveedor no obtiene la declaración de la paciente antes de la cirugía, sin embargo, le ha informado de que sería incapaz de tener hijos (esto es una excepción, no una regla, y se revisará como tal):

ANTES DE LA CIRUGÍA DE _____ (fecha de la cirugía), SE ME INFORMÓ ORALMENTE Y POR ESCRITO DE QUE LA HISTERECTOMÍA ME DEJARÍA PERMANENTEMENTE INCAPACITADA PARA TENER HIJOS:

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Nombre del testigo (en letra de imprenta): _____

Firma del testigo: _____

Fecha de la firma: _____

Si la paciente es estéril debido a la edad, a un trastorno congénito, a una esterilización previa o si la histerectomía se realizó de urgencia debido a circunstancias que amenazan la vida (la amenaza de la vida debe indicar que la paciente es incapaz de responder a la información relativa al acuerdo de consentimiento. La legislación federal no reconoce la metástasis de ningún tipo como una amenaza para la vida o una emergencia):

Nombre del paciente: _____

Dirección de la paciente: _____

La paciente mencionada era estéril antes de la histerectomía debido a: _____

o

Se realizó una histerectomía a la paciente mencionada con carácter de urgencia, y la paciente no pudo responder debido a las siguientes circunstancias que amenazan su vida: _____

Nombre del médico (en letra de imprenta): _____

Firma del médico: _____

Fecha de la firma: _____