

# MEDICARE PLATINO CONTRACT

APPENDIX O (22)

CERTIFICATION CONSENT  
FOR STERILIZATION

*[Handwritten signature]*



### CONSENT FOR STERILIZATION

**NOTICE:** YOUR DECISION AT ANY TIME NOT TO BE STERILIZED WILL NOT RESULT IN THE WITHDRAWAL OR WITHHOLDING OF ANY BENEFITS PROVIDED BY PROGRAMS OR PROJECTS RECEIVING FEDERAL FUNDS.

#### ■ CONSENT TO STERILIZATION ■

I have asked for and received information about sterilization from \_\_\_\_\_ . When I first asked

*Doctor or Clinic*

for the information, I was told that the decision to be sterilized is completely up to me. I was told that I could decide not to be sterilized. If I decide not to be sterilized, my decision will not affect my right to future care or treatment. I will not lose any help or benefits from programs receiving Federal funds, such as Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Medicaid that I am now getting or for which I may become eligible.

I UNDERSTAND THAT THE STERILIZATION MUST BE CONSIDERED PERMANENT AND NOT REVERSIBLE. I HAVE DECIDED THAT I DO NOT WANT TO BECOME PREGNANT, BEAR CHILDREN OR FATHER CHILDREN.

I was told about those temporary methods of birth control that are available and could be provided to me which will allow me to bear or father a child in the future. I have rejected these alternatives and chosen to be sterilized.

I understand that I will be sterilized by an operation known as a \_\_\_\_\_ . The discomforts, risks

*Specify Type of Operation*

and benefits associated with the operation have been explained to me. All my questions have been answered to my satisfaction.

I understand that the operation will not be done until at least 30 days after I sign this form. I understand that I can change my mind at any time and that my decision at any time not to be sterilized will not result in the withholding of any benefits or medical services provided by federally funded programs.

I am at least 21 years of age and was born on: \_\_\_\_\_ Date

I, \_\_\_\_\_ , hereby consent of my own free will to be sterilized by \_\_\_\_\_

*Doctor or Clinic*

by a method called \_\_\_\_\_ My

*Specify Type of Operation*

consent expires 180 days from the date of my signature below.

I also consent to the release of this form and other medical records about the operation to:

Representatives of the Department of Health and Human Services, or Employees of programs or projects funded by the Department but only for determining if Federal laws were observed.

I have received a copy of this form.

*Signature*

*Date*

You are requested to supply the following information, but it is not required: (Ethnicity and Race Designation) (please check)

Ethnicity:

Race (mark one or more):

Hispanic or Latino

American Indian or Alaska Native

Not Hispanic or Latino

Asian

Black or African American

Native Hawaiian or Other Pacific Islander

White

#### ■ INTERPRETER'S STATEMENT ■

If an interpreter is provided to assist the individual to be sterilized:

I have translated the information and advice presented orally to the individual to be sterilized by the person obtaining this consent. I have also read him/her the consent form in \_\_\_\_\_

language and explained its contents to him/her. To the best of my knowledge and belief he/she understood this explanation.

*Interpreter's Signature*

*Date*

HHS-687 (10/12)

#### ■ STATEMENT OF PERSON OBTAINING CONSENT ■

Before \_\_\_\_\_ signed the

*Name of Individual*

consent form, I explained to him/her the nature of sterilization operation \_\_\_\_\_ , the fact that it is

*Specify Type of Operation*

intended to be a final and irreversible procedure and the discomforts, risks and benefits associated with it.

I counseled the individual to be sterilized that alternative methods of birth control are available which are temporary. I explained that sterilization is different because it is permanent. I informed the individual to be sterilized that his/her consent can be withdrawn at any time and that he/she will not lose any health services or any benefits provided by Federal funds.

To the best of my knowledge and belief the individual to be sterilized is at least 21 years old and appears mentally competent. He/She knowingly and voluntarily requested to be sterilized and appears to understand the nature and consequences of the procedure.

*Signature of Person Obtaining Consent*

*Date*

*Facility*

*Address*

#### ■ PHYSICIAN'S STATEMENT ■

Shortly before I performed a sterilization operation upon \_\_\_\_\_

on \_\_\_\_\_

*Name of Individual*

*Date of Sterilization*

I explained to him/her the nature of the sterilization operation \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ , the fact that it is

*Specify Type of Operation*

intended to be a final and irreversible procedure and the discomforts, risks and benefits associated with it.

I counseled the individual to be sterilized that alternative methods of birth control are available which are temporary. I explained that sterilization is different because it is permanent.

I informed the individual to be sterilized that his/her consent can be withdrawn at any time and that he/she will not lose any health services or benefits provided by Federal funds.

To the best of my knowledge and belief the individual to be sterilized is at least 21 years old and appears mentally competent. He/She knowingly and voluntarily requested to be sterilized and appeared to understand the nature and consequences of the procedure.

(Instructions for use of alternative final paragraph: Use the first paragraph below except in the case of premature delivery or emergency abdominal surgery where the sterilization is performed less than 30 days after the date of the individual's signature on the consent form. In those cases, the second paragraph below must be used. Cross out the paragraph which is not used.)

(1) At least 30 days have passed between the date of the individual's signature on this consent form and the date the sterilization was performed.

(2) This sterilization was performed less than 30 days but more than 72 hours after the date of the individual's signature on this consent form because of the following circumstances (check applicable box and fill in information requested):

Premature delivery

Individual's expected date of delivery: \_\_\_\_\_

Emergency abdominal surgery (describe circumstances): \_\_\_\_\_

*Physician's Signature*

*Date*



### PAPERWORK REDUCTION ACT STATEMENT

A Federal agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays the currently valid OMB control number. Public reporting burden for this collection of information will vary; however, we estimate an average of one hour per response, including for reviewing instructions, gathering and maintaining the necessary data, and disclosing the information. Send any comment regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information to the OS Reports Clearance Officer, ASBTF/Budget Room 503 HHH Building, 200 Independence Avenue, SW., Washington, DC 20201.

Respondents should be informed that the collection of information requested on this form is authorized by 42 CFR part 50, subpart B, relating to the sterilization of persons in federally assisted public health programs. The purpose of requesting this information is to ensure that individuals requesting sterilization receive information regarding the risks, benefits and consequences, and to assure the voluntary and informed consent of all persons undergoing sterilization procedures in federally assisted public health programs. Although not required, respondents are requested to supply information on their race and ethnicity. Failure to provide the other information requested on this consent form, and to sign this consent form, may result in an inability to receive sterilization procedures funded through federally assisted public health programs.

All information as to personal facts and circumstances obtained through this form will be held confidential, and not disclosed without the individual's consent, pursuant to any applicable confidentiality regulations. [43 FR 52165, Nov. 8, 1978, as amended at 58 FR 33343, June 17, 1993; 68 FR 12308, Mar. 14, 2003]



## CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN

**NOTA: LA DECISIÓN DE NO ESTERILIZARSE QUE USTED PUEDE TOMAR EN CUALQUIER MOMENTO, NO CAUSARÁ EL RETIRO O LA RETENCIÓN DE NINGÚN BENEFICIO QUE LE SEA PROPORCIONADO POR PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBEN FONDOS FEDERALES.**

### ■ CONSENTIMIENTO PARA ESTERILIZACIÓN ■

Yo he solicitado y he recibido información de

(médico o clínica)

sobre la esterilización. Cuando inicialmente solicité esta información, me dijeron que la decisión de ser esterilizada/o es completamente mía. Me dijeron que yo podía decidir no ser esterilizada/o. Si decido no esterilizarme, mi decisión no afectará mi derecho a recibir tratamiento o cuidados médicos en el futuro. No perderé ninguna asistencia o beneficios de programas patrocinados con fondos federales, tales como A.F. D. C. o Medicaid, que recibo actualmente o para los cuales seré elegible.

**ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN SE CONSIDERA UNA OPERACIÓN PERMANENTE E IRREVERSIBLE. YO HE DECIDIDO QUE NO QUIERO QUEDAR EMBARAZADA, NO QUIERO TENER HIJOS O NO QUIERO PROCREAR HIJOS.**

Me informaron que me pueden proporcionar otros métodos de anticoncepción disponibles que son temporales y que permitirán que pueda tener o procrear hijos en el futuro. He rechazado estas opciones y he decidido ser esterilizada/o.

Entiendo que seré esterilizada/o por medio de una operación conocida como

Me han explicado las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con la operación. Han respondido satisfactoriamente a todas mis preguntas.

Entiendo que la operación no se realizará hasta que hayan pasado 30 días, como mínimo, a partir de la fecha en la que firme esta Forma. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi decisión en cualquier momento de no ser esterilizada/o no resultará en la retención de beneficios o servicios médicos proporcionados a través de programas que reciben fondos federales.

Tengo por lo menos 21 años y nací el: \_\_\_\_\_  
(día, mes, año)

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente doy mi consentimiento de mi libre voluntad para ser esterilizada/o por \_\_\_\_\_  
(médico)

por el método llamado \_\_\_\_\_.  
Mi consentimiento vence 180 días a partir de la fecha en la que firme este documento.

También doy mi consentimiento para que se presente esta Forma y otros expediente médicos sobre la operación a:

Representantes del Departamento de Salud y Servicios Sociales, o Empleados de programas o proyectos financiados por ese Departamento, pero sólo para que puedan determinar si se han cumplido las leyes federales.

He recibido una copia de esta Forma.

\_\_\_\_\_  
(firma) fecha: \_\_\_\_\_  
(día, mes, año)

Se ruega proporcione la siguiente información, aunque no es obligatorio hacerlo: (Definición de raza y origen étnico)

Origen étnico:

- Hispano o latino  
 No hispano o latino

Raza (marque según aplique):

- Indígena americano o indígena de Alaska  
 Asiático  
 Negro o afroamericano  
 Natural de Hawaii u otras islas del Pacífico  
 Blanco

### ■ DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE ■

Si se han proporcionado los servicios de un intérprete para asistir a la persona que será esterilizada:

He traducido la información y los consejos que verbalmente se le han presentado a la persona que será esterilizada/o por el individuo que ha obtenido este consentimiento. También le he leído a él/ella la Forma de consentimiento en idioma \_\_\_\_\_ y le he explicado el contenido de esta forma. A mi mejor saber y entender, ella/él ha entendido esta explicación.

\_\_\_\_\_  
(firma del intérprete) \_\_\_\_\_  
(fecha)

### ■ DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO ■

Antes de que \_\_\_\_\_  
(nombre de persona)

firmara la Forma de Consentimiento para la Esterilización, le he explicado a ella/él los detalles de la operación

\_\_\_\_\_, para la esterilización, el hecho de que el resultado de este procedimiento es final e irreversible, y las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con este procedimiento.

He aconsejado a la persona que será esterilizada que hay disponibles otros métodos de anticoncepción que son temporales. Le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le he explicado a la persona que será esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que ella/él no perderá ningún servicio de salud o beneficio proporcionado con el patrocinio de fondos federales.

A mi mejor saber y entender, la persona que será esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Ella/él ha solicitado con conocimiento de causa y por libre voluntad ser esterilizada/o y parece entender la naturaleza del procedimiento y sus consecuencias.

\_\_\_\_\_  
(firma de la persona que obtiene el consentimiento) \_\_\_\_\_  
(fecha)

\_\_\_\_\_  
(lugar)

\_\_\_\_\_  
(dirección)

### ■ DECLARACIÓN DEL MÉDICO ■

Previamente a realizar la operación para la esterilización de

\_\_\_\_\_  
(nombre de persona esterilizada/o)

en \_\_\_\_\_  
(fecha de esterilización)

esta operación para la esterilización

\_\_\_\_\_  
(especifique tipo de operación)

es un procedimiento con un resultado final e irreversible, y las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con esta operación.

Le aconsejé a la persona que sería esterilizada que hay disponibles otros métodos de anticoncepción que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé a la persona que sería esterilizada que podía retirar su consentimiento en cualquier momento y que ella/él no perdería ningún servicio de salud o ningún beneficio proporcionado con el patrocinio de fondos federales.

A mi mejor saber y entender, la persona que será esterilizada tiene a lo menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Ella/él ha solicitado con conocimiento de causa y libre voluntad ser esterilizada/o y parece entender el procedimiento y las consecuencias de este procedimiento.

(Instrucciones para uso alternativo de párrafos finales: Utilice el párrafo 1 que se presenta a continuación, excepto para casos de parto prematuro y cirugía abdominal de emergencia cuando se ha realizado la esterilización a menos de 30 días después de la fecha en la que la persona firmó la Forma de Consentimiento para la Esterilización. Para esos casos, utilice el párrafo 2 que se presenta más adelante. Tache con una X el párrafo que no se aplique.)

(1) Han transcurrido por lo menos 30 días entre la fecha en la que la persona firmó esta Forma de Consentimiento y la fecha en la que se realizó la esterilización.

(2) La operación para la esterilización se realizó a menos de 30 días, pero a más de 72 horas, después de la fecha en la que la persona firmó la Forma de Consentimiento debido a las siguientes circunstancias (marque la casilla apropiada y escriba la información requerida):

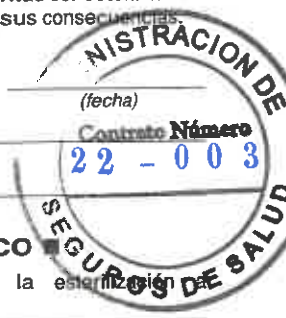
Parto prematuro

Fecha prevista de parto: \_\_\_\_\_

Cirugía abdominal de urgencia (Describa las circunstancias):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del médico) \_\_\_\_\_  
(fecha)



## DECLARACIÓN SOBRE LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Una agencia federal no debe llevar a cabo o patrocinar la recolección de información, y el público no está obligado a responder a la misma o a facilitar la información, a no ser que dicha solicitud de información presente un número de control válido de la OMB. La carga horaria para el público que completa esta forma variará; sin embargo, se ha estimado un promedio de una hora por cada respuesta, cálculo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar y presentar los datos exigidos y completar la forma. Para enviar sus comentarios sobre la carga horaria estimada o cualquier otro aspecto de la información requerida, escriba a OS Reports Clearance Officer, ASBTF/Budget Room 503 HHH Building, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201.

Se debe informar al público que responde a esta forma que la recolección de información solicitada en la misma se autoriza en virtud de 42 CAR parte 50, subparte B, que tiene que ver con la esterilización de personas en programas de salud pública que son financiados por el gobierno federal. El propósito de la recolección de esta información es asegurar que las personas que solicitan la esterilización sean informadas sobre los riesgos, los beneficios y las consecuencias de esta operación, y para asegurar el consentimiento voluntario e informado de todas las personas que se someten al procedimiento de esterilización en programas de salud pública que reciben asistencia federal. Se pide a las personas que llenan la forma que incluyan datos sobre su raza y grupo étnico, aunque esta información no es requerida. Toda la demás información solicitada en esta forma de consentimiento es requerida. Si la persona que llena la forma no proporciona la información requerida o si no firma esta forma de consentimiento, podría resultar en que no recibiera el procedimiento de esterilización financiado por un programa de salud pública patrocinado con fondos federales.

Toda la información de datos y circunstancias personales obtenidas por medio de esta Forma son confidenciales y no se divulgarán sin el consentimiento de la persona, en conformidad con todos los reglamentos aplicables de confidencialidad.

