Estado de Illinois
Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias

RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE HISTERECTOMÍA

PARTE I - (TIENE QUE SER COMPLETADA)

Nombre del Cliente _____

Número de Identificación del Cliente _____ Número de Proveedor _____

Nombre del Médico _____ Número de Proveedor _____

PARTE II - RECONOCIMIENTO

Se ha explicado a _____
y al representante del paciente, si lo hay, verbalmente y por escrito que la histerectomía que se le hará al paciente le dejará permanentemente incapaz de reproducirse.

_____ _____
Firma del Paciente o de su Representante Fecha:

_____ _____
(Si es requerido, Firma del Intérprete) Fecha:

PARTE III - DECLARACION DEL MÉDICO

Bajo mi juicio profesional, la histerectomía no se está haciendo únicamente para conseguir la esterilización;, se está haciendo por otras razones médicas necesarias.

_____ _____
Firma del Médico Fecha:

PARTE IV - PEDIDO DE EXCEPCIÓN

- Excepción 1 - Yo certifico que el individuo nombrado arriba ya estaba estéril cuando se le hizo la histerectomía. La causa de la esterilidad fue _____
- Excepción 2 - Yo certifico que la histerectomía hecha al individuo nombrado arriba fue hecha bajo una situación de emergencia con peligro de vida, por ejemplo

  _____

  en la cual yo he determinado que fue imposible el reconocimiento previo de recibir información sobre la histerectomía. Yo he añadido una copia al registro de operaciones del hospital o una explicación escrita sobre la naturaleza de la emergencia.
- Excepción 3 - Al individuo nombrado arriba se le hizo una histerectomía durante un periodo de elegibilidad retroactiva del Medicaid. Fecha de la Cirugía _____

Yo certifico que el individuo nombrado arriba fue informado(a) antes de la operación que la histerectomía dejaría al paciente permanentemente incapaz de reproducirse; o que la Excepción 1 ☐ o Excepción 2 ☐ como se certifica arriba, hicieron dicha explicación innecesaria o imposible.

_____ _____
Firma del Médico Fecha:

Completar el formulario es obligatorio, 305 ILCS 5/1-1 et seq., bajo penalidad de no pagar.
Formulario aprovado por Forms Management Center.

Print Form