



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI  
DIVISIÓN DE MO HEALTHNET  
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

MO-8812

**AVISO:** Si en algún momento decide que no se esterilizará, no se le retirarán ni negarán beneficios de programas ni proyectos que se financien con fondos federales.

**AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN**

He solicitado información sobre esterilización y recibí la misma de parte de \_\_\_\_\_ (MÉDICO O CLÍNICA). Al solicitar la información por primera vez, me informaron que la decisión de esterilizarme depende solo de mí. Me informaron que podía optar por no esterilizarme. Si decido no esterilizarme, mi decisión no repercute en mi derecho de recibir atención o tratamiento en el futuro. No perderé ayudas ni beneficios de los programas financiados con fondos federales, como A.F.D.C. o Medicaid, que reciba actualmente o a los que pudiera acceder en el futuro.

**COMPRENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN DEBE CONSIDERARSE PERMANENTE E IRREVERSIBLE. HE DECIDIDO QUE NO QUIERO EMBARZARME, TENER HIJOS NI SER PADRE.**

Me dieron información acerca de los métodos de control temporal de la natalidad que están disponibles, que podrían proporcionarme y que me permitirían tener un hijo o ser padre en el futuro. Rechacé esas alternativas y he optado por esterilizarme.

Comprendo que me esterilizarán con una operación que se conoce como \_\_\_\_\_.

Me han explicado los riesgos, molestias y beneficios asociados a la operación. Respondieron todas mis preguntas a mi entera satisfacción.

Comprendo que la operación no se realizará hasta que transcurran al menos 30 días a partir de que firme este formulario. Comprendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi eventual decisión de no esterilizarme no ocasionará que me nieguen beneficios ni servicios médicos que se brinden por medio de programas que financia el gobierno federal.

Tengo por lo menos 21 años de edad y nací el \_\_\_\_\_ MES, DÍA, AÑO. Yo, \_\_\_\_\_, expreso mi libre determinación de que \_\_\_\_\_ (MÉDICO) me esterilice con un método llamado \_\_\_\_\_. Mi determinación perderá validez a los 180 días a partir de la fecha en que firme a continuación.

También autorizo que se divulgue este formulario y otros expedientes médicos de la operación a: representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos o empleados de programas o proyectos que financie el departamento, pero solo para determinar si se acataron las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA (MES, DÍA, AÑO) \_\_\_\_\_

Se solicita que brinde la siguiente información, pero no es obligatorio:

DESIGNACIÓN DE RAZA Y ETNIA (MARQUE)

INDÍGENA NORTEAMERICANO O DE ALASKA  ASIÁTICO O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

NEGRO (EXCEPTO DE ORIGEN HISPANO)  HISPANO

BLANCO (EXCEPTO DE ORIGEN HISPANO)

**MANIFESTACIÓN DEL INTÉRPRETE**

Si se proporciona un intérprete para ayudar a esterilizar a la persona:

Traduje oralmente la información y los avisos que la persona que recibe esta autorización presenta a la persona que se esterilizará. También le he leído el formulario de autorización en el idioma \_\_\_\_\_ y le expliqué su contenido. A mi leal saber y entender, comprendió esta explicación.

INTÉRPRETE \_\_\_\_\_ FECHA (MES, DÍA, AÑO) \_\_\_\_\_

**MANIFESTACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBE LA AUTORIZACIÓN**

Antes de que \_\_\_\_\_ (NOMBRE DE LA PERSONA) firmara el formulario de autorización, le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización \_\_\_\_\_, el hecho de que es un procedimiento definitivo e irreversible, así como los riesgos, molestias y beneficios asociados al mismo.

Informé a la persona que desea esterilizarse sobre la existencia de métodos alternativos de control temporal de la natalidad. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Informé a la persona que desea esterilizarse que puede anular su autorización en cualquier momento y que no perderá ningún servicio de salud ni beneficios que se financien con fondos federales.

A mi leal saber y entender, la persona que desea esterilizarse tiene al menos 21 años y parece gozar de plenas facultades mentales. La persona solicitó consciente y voluntariamente que la esterilicen y parece comprender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA AUTORIZACIÓN \_\_\_\_\_ FECHA (MES, DÍA, AÑO) \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

**MANIFESTACIÓN DEL MÉDICO**

Poco antes de realizar un proceso de esterilización en \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_ (NÚMERO DE MO HEALTHNET), le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización \_\_\_\_\_ (FECHA DE LA ESTERILIZACIÓN), el hecho de que es un procedimiento definitivo e irreversible, así como los riesgos, molestias y beneficios asociados al mismo.

Informé a la persona que desea esterilizarse sobre la existencia de métodos alternativos de control temporal de la natalidad. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Informé a la persona que desea esterilizarse que puede anular su autorización en cualquier momento y que no perderá ningún servicio de salud ni beneficios que se financien con fondos federales.

A mi leal saber y entender, la persona que desea esterilizarse tiene al menos 21 años y parece gozar de plenas facultades mentales. La persona solicitó consciente y voluntariamente que la esterilicen y parece comprender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

**(Instrucciones para usar los párrafos finales alternativos:** Use el primer párrafo a continuación, excepto en los casos de parto prematuro o cirugía abdominal de emergencia en que la esterilización se realice antes de 30 días a partir de la fecha en que la persona firma el formulario de autorización. En esos casos, use el segundo párrafo a continuación. Tache el párrafo que no se use).

(1) Han pasado treinta días entre la fecha en que la persona firmó este formulario de autorización y la fecha en que se realizó la esterilización.

(2) Esta esterilización se realizó antes de 30 días, pero después de 72 horas a partir de la fecha en que la persona firma este formulario de autorización debido a las siguientes circunstancias (marque la casilla correspondiente y brinde la información que se solicite).

- Parto prematuro
- Fecha en que la persona anticipaba el parto:
- Cirugía abdominal de emergencia:

(describa las circunstancias): \_\_\_\_\_

MÉDICO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

IDENTIFICADOR DEL PROVEEDOR DE MO HEALTHNET \_\_\_\_\_ TAXONOMY CODE DEL PROVEEDOR \_\_\_\_\_