



# 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.

### Información del paciente

Nombre del paciente (En letra impresa) \_\_\_\_\_

Dirección línea 1 Calle, Casillero P.O., etc. \_\_\_\_\_ Dirección línea 2 Suite, Edificio, etc. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Firma

<b>X</b>	
----------	--

### Información del testigo

Nombre del testigo (En letra impresa) \_\_\_\_\_

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
<b>X</b>	

## 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 DEL \_\_\_\_\_ (fecha de la cirugía (mm/dd/aaaa)), SE ME INFORMÓ ORALMENTE Y POR ESCRITO DE QUE LA HISTERECTOMÍA ME DEJARÍA PERMANENTEMENTE INCAPACITADA PARA TENER HIJO.

### Información del paciente

Nombre del paciente (En letra impresa) \_\_\_\_\_

Dirección línea 1 Calle, Casillero P.O., etc. \_\_\_\_\_ Dirección línea 2 Suite, Edificio, etc. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Firma

<b>X</b>	
----------	--

### Información del testigo

Nombre del testigo (En letra impresa) \_\_\_\_\_

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
<b>X</b>	

---

**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):**

**Información del paciente**

Nombre del paciente (En letra impresa) \_\_\_\_\_

Dirección línea 1 \_\_\_\_\_ Dirección línea 2 \_\_\_\_\_  
Calle, Casillero P.O., etc. Suite, Edificio, etc.

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

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

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

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:

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

**Información del médico**

Nombre del médico (En letra impresa) \_\_\_\_\_

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

<b>x</b>		
----------	--	--