

Departamento de Medicaid de Ohio  
**ACEPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE HISTERECTOMÍA**

**Instrucciones:** Complete la Sección I y la Sección II o la Sección III.

**Sección I: Información de la paciente** (OBLIGATORIA: Por favor, escriba en letra de imprenta clara o tipee)

1	Nombre de la paciente	
2	Nombre del representante de la paciente ( <i>de tenerlo</i> )	
3	Número de Medicaid del paciente de 12 dígitos	
4	Fecha de la histerectomía	

**Sección II: Información sobre la histerectomía antes del procedimiento de histerectomía**

**Aceptación de parte de la paciente de haber recibido información sobre la histerectomía:**

Comprendo que una histerectomía (extracción quirúrgica del útero), ya sea que se realice como único procedimiento o junto con otros procedimientos, es médicamente necesaria y no se realizará/realizó exclusivamente con el propósito de volverme incapaz para reproducir (estéril).

Antes de llevar a cabo la histerectomía, me informaron verbalmente y por escrito que la histerectomía me incapacitará para reproducir (estéril) de forma permanente.

5	Firma del representante/de la paciente	6	Fecha de la firma
---	--	---	-------------------

**Aceptación del proveedor de que proporcionó la información sobre la histerectomía:**

Antes de llevar a cabo la histerectomía, informé a esta paciente (*y a su representante autorizado, si corresponde*) verbalmente y por escrito que la histerectomía la volverá incapaz para reproducir (estéril) de forma permanente.

7	Nombre de la persona que proporciona la información	
8	Firma de la persona que proporciona la información	
9	Fecha de la firma	

**Sección III: Certificación del médico del motivo por el cual no se proporcionó información sobre la histerectomía antes de que se realizara el procedimiento de la histerectomía.**

Antes de llevar a cabo la histerectomía, no se informó a la paciente que se volverá incapaz para reproducir (estéril) de forma permanente porque: (*marque todas las opciones que correspondan. Por favor, escriba en letra de imprenta clara o tipee, no proporcione archivos adjuntos adicionales*)

10 Ya era estéril antes de la histerectomía (*explique brevemente la causa de la esterilidad*):

11 La histerectomía se realizó durante una situación de emergencia con riesgo para la vida, en la que no fue posible proporcionar información (*describa la naturaleza de la emergencia*):

12	Nombre del médico que realizó la histerectomía ( <i>Por favor, escriba en letra de imprenta clara o tipee</i> )		
13	Firma del médico que realizó la histerectomía	14	Fecha de la firma

**PARA OBTENER UN REEMBOLSO, CADA PROVEEDOR TIENE QUE INCLUIR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO COMPLETO JUNTO CON UN RECLAMO POR LOS SERVICIOS PRESTADOS**

**Distribución:** Una copia para la paciente, una copia para el centro; una copia para el médico; una copia para el anestesiólogo.