



MEDICAID - TÍTULO XIX
ACUSE DE RECIBO DE INFORMACIÓN SOBRE HISTERECTOMÍA

Paso 1.) SIEMPRE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Nombre de la persona _____ Fecha de nacimiento de la persona _____
Nombre del médico _____ Fecha de la histerectomía _____

Paso 2.) COMPLETE COMO MINIMO UNO DE LAS SECCIONES RESTANTES ABAJO (A, B o C). Y COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS INDICADOS EN ESA SECCIÓN.

SECCIÓN A: COMPLETE ESTA SECCIÓN CUANDO LA PERSONA QUE TIENE ELEGIBILIDAD TENNCARE ACUSA RECIBO DE LA INFORMACIÓN SOBRE HISTERECTOMÍA ANTES DE QUE LE HAGAN LA HISTERECTOMÍA.

Acuso recibo de la información, oral y escrita, antes de que me hagan la histerectomía, que indica que si me hacen una histerectomía me dejará permanentemente incapaz de reproducirme.

FIRMA DEL TESTIGO _____ FECHA _____ FIRMA DE LA PERSONA _____ FECHA _____



SECCIÓN B: COMPLETE ESTA SECCIÓN CUANDO CUALQUIERA DE LAS EXCEPCIONES INDICADAS A CONTINUACIÓN SEA APLICABLE PARA LA PERSONA.

Declaro que antes de practicarle la intervención de histerectomía a la persona indicada:

MARQUE TODO QUE CORRESPONDA

1 [] Le informé que esta operación la dejaría permanentemente incapaz de reproducirse. (ESTA CERTIFICACIÓN ES SOLAMENTE PARA PERSONAS RETROACTIVAMENTE ELEGIBLES - Se debe proporcionar una copia de la tarjeta de Medicaid que abarca la fecha de la histerectomía o una copia de la notificación de aprobación retroactiva para que se pueda hacer el reembolso.)

2 [] Ella ya era estéril debido a que:

CAUSA DE LA ESTERILIDAD

3 [] Le practicaron una histerectomía a causa de una situación potencialmente mortal debido a:

DESCRIBA LA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

y la información relativa a la esterilidad no se pudo suministrar antes de practicar la histerectomía.

FIRMA DEL MÉDICO _____ FECHA _____



SECCIÓN C: COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE PARA PERSONAS MENTALMENTE INCOMPETENTES

Acuso recibo de la información, oral y escrita, antes de que le hagan la histerectomía, que indica que si le hacen una histerectomía a la persona indicada arriba, la dejarán permanentemente incapaz de reproducirse.

FIRMA DEL TESTIGO _____ FECHA _____ FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA PERSONA _____ FECHA _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Afirmo que la histerectomía que le practiqué a la persona indicada arriba era necesaria por razones médicas debido a:

MOTIVO DE LA HISTERECTOMÍA

y no se hizo con fines de esterilización, y que a mi mejor saber y entender, la persona a quien se practicó la histerectomía es mentalmente incompetente. Antes de practicarle la histerectomía, informé a su representante, oralmente y por escrito, de que la histerectomía volvería a esa persona permanentemente incapaz de reproducirse; y, el representante de la persona firmó un acuse de recibo de dicha información.

FIRMA DEL MÉDICO _____ FECHA _____