

## Hysterectomy Consent Form

### Formulario De Consentimiento Para La Histerectomía

|                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| Name ( <i>Print</i> ) | Medicaid ID #, or SS |
| Address               |                      |

A hysterectomy is the removal of the whole uterus (womb). A hysterectomy procedure is considered to be irreversible and will permanently prevent you from having children. A hysterectomy should only be done when there is disease of the uterus or some other medical condition that can only be treated by removing the uterus.

New Mexico Medicaid does not cover hysterectomy procedures performed solely for the purpose of rendering an individual permanently incapable of reproducing.

#### CONSENT FOR HYSTERECTOMY

By signing below, I acknowledge that I have read and understood the above information and voluntarily consent to a hysterectomy procedure understanding that a hysterectomy procedure is considered to be irreversible, and the hysterectomy will permanently prevent me from having children.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

In accordance with Federal Regulation, 42 CFR § 441.258, the signature and dates below are required in order for Medicaid reimbursement to be made.

#### PERSON OBTAINING CONSENT

Before \_\_\_\_\_ (*Print Name of Patient*) signed the consent I explained contents of this consent and that the hysterectomy procedure is considered to be irreversible, and the hysterectomy will permanently prevent from having children.

\_\_\_\_\_  
Person who obtained the patient's consent (*Please Print*)

\_\_\_\_\_  
Signature and Date

#### INTERPRETER'S STATEMENT

If an interpreter is provided to assist the individual to be sterilized, please complete this section:  
I have translated the information and advice presented orally to the individual having a hysterectomy by the person obtaining this consent. I have also read him/her the consent for in \_\_\_\_\_ (*Language*) and explained its contents to him/her. To the best of my knowledge and belief he/she understood this explanation.

\_\_\_\_\_  
Print Interpreter Name, if provided

\_\_\_\_\_  
Signature and Date

#### PHYSICIAN'S STATEMENT

I, \_\_\_\_\_ (*Print Physician Name*) acknowledges that the he/she has reviewed the risks/benefit, procedure, the contents of this consent and that the a Hysterectomy is needed related to \_\_\_\_\_

(*Describe disease of the uterus or some other medical condition that can only be treated by removing the uterus.*)

\_\_\_\_\_  
Physician Name (*Please Print*)

\_\_\_\_\_  
Physician Signature and Date

Use this section if the patient is already sterile before the hysterectomy; or if patient requires a hysterectomy because of a life-threatening emergency situation in which the physician determines that prior acknowledgment is not possible.

I, \_\_\_\_\_ (*Print Physician Name*) **Certifies that**

(*Check if applicable*)

The patient was already sterile at the time of the hysterectomy, due to \_\_\_\_\_ (*state cause of the sterility*);

A hysterectomy performed under a life-threatening emergency situation in which he or she determined **prior acknowledgment** was not possible. Description of the nature of the emergency: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Physician Name (Please Print)

\_\_\_\_\_  
Physician Signature and Date

# Hysterectomy Consent Form

## Formulario De Consentimiento Para La Histerectomía

|                            |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Nombre ( <i>Imprimir</i> ) | Número de Medicaid o de Seguro Social |
| Dirección                  |                                       |

Una histerectomía es la extirpación de todo el útero (matriz). Un procedimiento de histerectomía se considera irreversible y le impedirá tener hijos en forma permanente. Solo se debe realizar una histerectomía cuando exista una enfermedad del útero o alguna otra condición médica que solo pueda tratarse extrayendo el útero.

El Medicaid de Nuevo México no cubre los procedimientos de histerectomía realizados únicamente con el propósito de hacer que una persona sea permanentemente incapaz de reproducirse.

### CONSENTIMIENTO PARA LA HISTERECTOMÍA

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido la información anterior y acepto voluntariamente un procedimiento de histerectomía entendiéndolo que un procedimiento de histerectomía se considera irreversible, y la histerectomía me impedirá permanentemente tener hijos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

De acuerdo con el Reglamento Federal, 42 CFR § 441.258, se requieren la firma y las fechas a continuación para que se realice el reembolso de Medicaid.

### PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO

Antes de que \_\_\_\_\_ (*Escriba el nombre del paciente*) firmó el consentimiento, expliqué el contenido de este consentimiento y que el procedimiento de histerectomía se considera irreversible y la histerectomía evitará permanentemente tener hijos.

\_\_\_\_\_  
Persona que obtuvo el consentimiento del paciente  
(*Favor de Imprimir*)

\_\_\_\_\_  
Firma y Fecha

### DECLARACIÓN DEL INTERPRETE

Si se proporciona un intérprete para ayudar a la persona a ser esterilizada, complete esta sección: He traducido la información y los consejos presentados oralmente a la persona que se realizó una histerectomía por la persona que obtuvo este consentimiento. También le leí el consentimiento en \_\_\_\_\_ (*Idioma*) y le expliqué su contenido. A mi leal saber y entender, él / ella entendió esta explicación.

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del interprete, si se proporciona

\_\_\_\_\_  
Firma y Fecha

### DECLARACIÓN DEL MEDICO

Yo, \_\_\_\_\_ (*Escriba el nombre del médico*) reconozco que él / ella ha revisado los riesgos / beneficios, el procedimiento, el contenido de este consentimiento y que se necesita una histerectomía relacionada con

\_\_\_\_\_  
(*Describe la enfermedad del útero o alguna otra condición médica que solo se puede tratar retirando el útero*).

\_\_\_\_\_  
Nombre del Medico (*Favor de Imprimir*)

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico y Fecha

Use esta sección si el paciente ya está estéril antes de la histerectomía; o si el paciente requiere una histerectomía debido a una situación de emergencia potencialmente mortal en la que el médico determina que no es posible un reconocimiento previo.

Yo, \_\_\_\_\_ (*Favor de escribir el nombre del médico*) **Certifico que:**

(*Verifique si corresponde*)

El paciente ya estaba estéril en el momento de la histerectomía, debido a \_\_\_\_\_ (*especifique la causa de la esterilidad*);

Una histerectomía realizada en una situación de emergencia que pone en peligro la vida en la que él o ella determinó el reconocimiento previo no fue posible. Descripción de la naturaleza de la emergencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Medico (*Favor de Imprimir*)

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico y Fecha