

I hereby authorize the performance of the following sterilization procedure upon me:

to be performed under the direction of Dr (s)

and such assistants or associates as he/she may designate.

Doy mi consentimiento para la administración de anestésicos según considere apropiado el médico responsable del servicio.

Con el propósito de avanzar la educación médica, doy mi consentimiento para la admisión de observadores calificados en la sala de operaciones.

Doy mi consentimiento para que las autoridades del hospital dispongan de cualquier tejido o parte que se me pueda extraer.

Entiendo que la esterilización conlleva ciertas molestias y riesgos y que, a pesar del cuidado con el que se realiza el procedimiento, no se puede garantizar al 100%. Aunque la tasa de fracaso es pequeña (1-2%), existe la posibilidad de un embarazo subsecuente.

El procedimiento de esterilización que se me realizará, sin embargo, debe considerarse como irreversible y permanente. Existen formas alternativas de prevenir el embarazo que no son permanentes. Los riesgos del procedimiento de esterilización incluyen, pero no se limitan a, sangrado, infección y daños a estructuras internas como intestino, vejiga, uréter y ovario.

El propósito, la naturaleza, los riesgos y las alternativas al/a los procedimiento(s) me han sido explicados satisfactoriamente por el médico arriba mencionado o sus asociados, y soy consciente de que no hay certeza o garantía en cuanto a los resultados de los procedimientos. Todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

Tengo la intención de quedar legalmente vinculado/a por este consentimiento, que firmo voluntariamente después de haberlo completado y de haberlo leído y comprendido en su totalidad.

Entiendo que durante el procedimiento quirúrgico se realizará todo procedimiento necesario para salvar mi vida.

Patient _____
(Firma del/de la paciente) (Fecha) (Hora) (Testigo de la firma)

Cuando el/la paciente no puede dar su consentimiento:

Firma de la persona autorizada a consentir por el/la paciente (Relación con el/la paciente) (Fecha) (Hora) (Testigo de la firma)

PHYSICIAN'S CERTIFICATION

Por la presente certifico que el/la paciente o la persona autorizada para dar su consentimiento lo hizo después de haber sido asesorado oralmente sobre la naturaleza, el propósito, los beneficios, los riesgos, las opciones alternativas (incluyendo la ausencia de tratamiento), los riesgos de las opciones alternativas, la probabilidad de lograr los objetivos de la atención médica, los posibles problemas que pueden ocurrir, los asuntos mencionados en el consentimiento, y después de haber recibido respuestas a todas sus preguntas. Al firmar debajo, indico que el/la paciente o la persona autorizada para dar su consentimiento entiende de forma total lo que he explicado y contestado.

Physician _____
(firma) (nombre en imprenta) (fecha) (hora)



**CONSENTIMIENTO PARA ESTERILIZACIÓN
(OPERACIÓN Y ANESTESIA)**



IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA PACIENTE