

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

Nombre de la paciente <i>(tal como aparece en el reclamo)</i>	Nombre del médico que realizó la histerectomía
Número de Medicaid de la paciente de 12 dígitos	Fecha de la histerectomía
Nombre del representante autorizado de la paciente <i>(si es aplicable)</i>	

**Instrucción: Complete o la Sección A o la Sección B.**

<p><b>SECCIÓN A: ACEPTACIÓN DE QUE SE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN SOBRE LA HISTERECTOMÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO DE HISTERECTOMÍA</b></p> <p style="text-align: center;">●————●</p> <p><i>Aceptación del proveedor de que proporcionó la información sobre la histerectomía:</i></p> <p>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.</p> <p>Nombre de la persona que proporciona la información:</p> <p>_____</p> <p>Firma de la persona que proporciona la información:</p> <p>_____</p> <p>Fecha de la firma: _____</p> <p style="text-align: center;">●————●</p> <p><i>Aceptación de parte de la paciente de haber recibido información sobre la histerectomía:</i></p> <p>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.</p> <p>Firma de la paciente o del representante autorizado:</p> <p>_____</p> <p>Fecha de la firma: _____</p>	<p><b>SECCIÓN B: MOTIVO POR EL CUAL NO SE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN ANTES DEL PROCEDIMIENTO DE HISTERECTOMÍA</b></p> <p><i>(Marque cada opción que corresponda. Proporcione una explicación breve. No incluya archivos adjuntos adicionales.)</i></p> <p>Antes de llevar a cabo la histerectomía, no se informó a esta paciente que la histerectomía hace que una persona sea incapaz para reproducir (estéril) de forma permanente. Esta información no se proporcionó por el motivo siguiente / los motivos siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> La paciente ya era estéril antes de la histerectomía. Causa de la esterilidad:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> La histerectomía se realizó durante una situación de emergencia con riesgo para la vida, en la que no fue posible proporcionar información por adelantado. Naturaleza de la emergencia:</p> <p>_____</p>
--	--

***Se debe incluir una copia completa de este formulario con cada reclamo de servicios.***