

**HEALTH FIRST COLORADO (Colorado's Medicaid Program)
STERILIZATION CONSENT FORM (MED-178)**

Member's Health First Colorado ID: _____

NOTICE: YOUR DECISION AT ANY TIME NOT TO BE STERILIZED WILL NOT RESULT IN THE WITHDRAWAL OR WITHHOLDING OF ANY BENEFITS PROVIDED BY PROGRAMS OR PROJECTS RECEIVING FEDERAL FUNDS.

■ CONSENT TO STERILIZATION ■

I have asked for and received information about sterilization from _____
1. Health Care Provider or Clinic. When I first asked for the information, I was told that the decision to be sterilized is completely up to me. I was told that I could decide not to be sterilized. If I decide not to be sterilized, my decision will not affect my right to future care or treatment. I will not lose any help or benefits from programs receiving federal funds such as Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Medicaid that I am now getting or for which I may become eligible.

I UNDERSTAND THAT THE STERILIZATION MUST BE CONSIDERED PERMANENT AND NOT REVERSIBLE. I HAVE DECIDED THAT I DO NOT WANT TO BECOME PREGNANT, BEAR CHILDREN OR FATHER CHILDREN.

I was told about those temporary methods of birth control that are available and could be provided to me which will allow me to bear or father a child in the future. I have rejected these alternatives and chosen to be sterilized.

I understand that I will be sterilized by an operation know as a _____
2. Type of Procedure. The discomforts, risks and benefits associated with the operation have been explained to me. All my questions have been answered to my satisfaction.

I understand that the operation will not be done until at least thirty days after I sign this form. I understand that I can change my mind at any time and that my decision at any time not to be sterilized will not result in the withholding of any benefits or medical services provided by federally funded programs.

I am at least 21 years of age and was born on: _____
3. Date of Birth

I, _____
4. Name of Member, hereby consent of my own free will to be sterilized by _____
5. Health Care Provider or Clinic by a method called _____
6. Type of Procedure. My consent expires 180 days from the date of my signature below.

I also consent to the release of this form and other medical records about the operation to representatives of the U.S. Department of Health and Human Services, or employees of programs or projects funded by the Department but only for determining if federal laws were observed.

I have received a copy of this form.

7. Member's Signature *8. Date of Signature*

You are requested to supply the following information, but it is not required: *(9. Ethnicity and Race)*

- Ethnicity:*
- Hispanic or Latino
 - Not Hispanic or Latino
 - Race:*
 - American Indian or Alaska Native
 - Asian
 - Black or African American
 - Native Hawaiian or Other Pacific Islander
 - White

■ INTERPRETER'S STATEMENT ■

If an interpreter is provided to assist the individual to be sterilized: I have translated the information and advice presented orally to the individual to be sterilized by the person obtaining this consent. I have read to the member this consent form in _____
10. Language language and explained its contents to the member. To the best of my knowledge and belief, the member has understood this explanation.

11. Interpreter's Signature *12. Date of Signature*

■ STATEMENT OF PERSON OBTAINING CONSENT ■

Before _____
13. Name of Member signed the consent form, I explained to member the nature of the sterilization operation _____
14. Type of Procedure, the fact that it is intended to be a

final and irreversible procedure, and the discomforts, risks, and benefits associated with it.

I counseled the individual to be sterilized that alternative methods of birth control are available which are temporary. I explained that sterilization is different because it is permanent.

I informed the individual that member consent can be withdrawn at any time and that the member will not lose any health services or any benefits provided by federal funds.

To the best of my knowledge and belief, the individual to be sterilized is at least 21 years old and appears mentally competent. Member knowingly and voluntarily requested to be sterilized and appears to understand the nature and consequences of the procedure.

15. Signature of Person Obtaining Consent *16. Date of Signature*

17. Name of Facility Where Information About Sterilization Was Given to Member

Address of Facility (including city, state, and zip code)

■ PHYSICIAN'S STATEMENT ■

Shortly before I performed a sterilization operation upon _____
18. Name of Member on _____
19. Date of Procedure

I explained to the individual the nature of the sterilization operation known as _____
20. Type of Procedure, the fact that it is intended to be a final and irreversible procedure, and the discomforts, risks, and benefits associated with it.

I counseled the individual to be sterilized that alternative methods of birth control are available which are temporary. I explained that sterilization is different because it is permanent.

I informed the individual to be sterilized that member consent can be withdrawn at any time and that the member will not lose any health services or benefits provided by federal funds.

To the best of my knowledge and belief, the individual to be sterilized is at least 21 years old ad appears mentally competent. Member knowingly and voluntarily requested to be sterilized and appeared to understand the nature and consequences of the procedure.

(Instructions for use of alternative final paragraph: Use the first paragraph below except in the case of premature delivery or emergency abdominal surgery where the sterilization is performed less than 30 days after the date of the individual's signature on the consent form. In those cases, the second paragraph below must be used. **Cross out the paragraph that is not used.**)

21.(1) At least 30 days have passed between the date of the individual's signature on this consent form and the date the sterilization procedure was performed.

21.(2) The sterilization was performed less than 30 days but more than 72 hours after the date of the individual's signature on this consent form because of the following circumstances (check applicable box and fill in information requested):

- a. Premature delivery. Expected date of delivery: _____
- b. Emergency abdominal surgery (describe circumstances): _____

22. Signature of Person Who Performed Procedure *23. Date of Signature*

FORMA del CONSENTIMIENTO de la ESTERILIZACIÓN de HEALTH FIRST COLORADO

Identificación de Health First Colorado miembro: _____

(Colorado's Medicaid Program)(MED-178)

AVISO: SU DECISIÓN QUE NO SE ESTERILIZARÁ NO DARÁ LUGAR EN CUALQUIER MOMENTO AL RETIRO O A LA RETENCIÓN DE NINGUNA VENTAJAS PROPORCIONADA POR PROGRAMAS O PROJECTS QUE RECIBE FONDOS FEDERALES.

■ CONSENTIMIENTO A LA ESTERILIZACIÓN ■

He pedido y recibido información acerca de la esterilización de _____ . Cuando primero pedí

1. Información del abastecedor o de la clínica del cuidado médico

información, me dijeron que la decisión que me esterilize es completamente mía. Me dijeron que podría decidir no ser esterilizado. Si decido no ser esterilizado, mi decisión no afectará el derecho al cuidado o al tratamiento médico en el futuro. No perderé ninguna ayuda o ningunos ventajas de los programas que reciben fondos federales tales como ayuda temporal para las familias con necesidad (TANF) o Medicaid que ahora esté consiguiendo o para cuáles puedo ser elegible.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN SE DEBE CONSIDERAR PERMANENTE Y NO REVERSIBLE. HE DECIDIDO QUE NO DESEO EMBARAZO, NI ENTERGAR NINOS O VOLVER A SER PADRE.

Me hablaron de esos métodos temporales anticonceptivos que están disponibles y se podrían proporcionarme cuáles permitirán que lleve o que engendre a niños en el futuro. He rechazado estos alternativas y he elegido ser esterilizado.

Entiendo que una operación me esterilizaré, conocida como _____.

2. El tipo de procedimiento

Los malestares, riesgos y las ventajas asociadas con la operación se me han explicado. Todas mis preguntas se han contestado a mi satisfacción.

Entiendo que la operación no será hecha hasta por lo menos treinta días después de que firmo esta forma. Entiendo que puedo cambiar mi mente en cualquier momento y que mi decisión no ser esterilizada no afectará ningunas ventajas o servicios médicos proporcionados por programas financiadas por el gobierno federal.

Soy por lo menos 21 años de la edad y nací: _____.

3. Fecha de nacimiento

Yo, _____, por este medio de

4. Nombre de la voluntad

Consentimiento, eligo de mi propia libertad ser esterilizado por _____ por el metodo

5. El método del abastecedor o de la clínica del cuidado médico

conocido como _____ . Mi

6. El tipo de procedimiento

consentimiento expira 180 días a partir de la fecha de mi firma abajo.

También consiento al lanzamiento de esta forma y de otros expedientes médicos sobre la operación a los representantes de los E.E.U.U. Departamento de los servicios de salud y humanos, o empleados de los programas o de los proyectos financiados por el departamento pero solamente para determinarse si las leyes federales fueron observados.

He recibido una copia de esta forma.

7. Firma del miembro

8. Fecha de la firma

Le solicitan proveer la información siguiente, pero no se requiere.

9. DECLARACIÓN de S del INTÉRPRETE de la pertenencia étnica y de la raza'

Pertenencia étnica:

Raza:

Hispano o Latino

Indio Americano o del Natural de Alaska

No Hispano o Latino

Asiático

Negro o Africano Americano

Hawaiano o Otro Pacífico del Isleño

Blanco

■ DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE ■

Si proporcionan un intérprete para asistir al individuo que se esterilizará: He traducido la información y el consejo presentado oralmente al individuo que se esterilizará por la persona que obtenía este consentimiento. Le he leído al miembro esta forma del consentimiento en _____ y explicado su contenido al miembro.

10. Lengua

Al mejor de mi conocimiento y creencia, el miembro ha entendido esta explicación.

11. Firma del intérprete

12. Fecha de la DECLARACIÓN

DECLARACION DE LA PERSONA OBTENIENDO CONSENTIMIENTO ■

Antes de que _____ firmara la forma del

13. Nombre del miembro

consentimiento, le expliqué al miembro de lo que se trata la operación de esterilización conocida como _____ y de

14. El tipo de procedimiento

el hecho de que es permanente, final e irreversible y también de los malestares, los riesgos, y las ventajas asociadas.

Le aconsejé al individuo que fuera esterilizado, que los métodos alternativos anticonceptivos están disponibles, y que son temporales. Explicué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé al individuo que el consentimiento del miembro puede ser retirado en cualquier momento y que el miembro no perderá cualquier servicio médico o cualesquiera ventajas proporcionadas por fondos federales.

Al mejor de mi conocimiento y creencia, el individuo que se esterilizará es por lo menos 21 años y parece mentalmente competente. El miembro a elegido y solicitado voluntariamente ser esterilizado y parece entender de lo que se trata y las consecuencias del procedimiento.

15. Firma de la persona que obtiene consentimiento.

16. Fecha de la firma

17. Nombre de la facilidad donde la información sobre la dada al miembro Dirección de la facilidad

(ciudad incluyendo, estado, y código postal)'

DECLARACIÓN del MÉDICO

Poco antes de realizar la operación de la esterilización sobre _____, en _____

18. Nombre del miembro

19. Fecha del procedimiento

le expliqué al individuo de lo que se trata la operación conocida como _____, el hecho de la esterilización

20. El tipo de procedimiento

es final e irreversible, y los malestares, los riesgos, y las ventajas asociadas con él.

Aconsejé al individuo que fuera esterilizado que los métodos alternativos anticonceptivos están disponibles que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé al individuo que se esterilizará que el consentimiento del miembro puede ser retirado en cualquier momento y que no perderá el miembro ningunos servicios médicos o ventajas proporcionados por los fondos federales.

Al mejor de mi conocimiento y creencia, el individuo que se esterilizará es por lo menos 21 años que parece ser mentalmente competente. El miembro con conocimiento ha solicitado voluntariamente ser esterilizado y parece entender las consecuencias del procedimiento.

(Instrucciones para el uso del párrafo final alternativo: Utilice el

primer párrafo abao excepto en el caso de entrega prematura o de una operación de emergencia donde la esterilización se realiza menos de 30 días después de la fecha de la firma del individuo en la forma del consentimiento. En esos casos, el segundo párrafo abajo debe ser utilizado. Marque el párrafo que no se utiliza.)

21. (1) Por lo menos 30 días han pasado entre la fecha en que el individuo firmo esta forma del consentimiento y la fecha en que el procedimiento de la esterilización fue realizada.

21. (2) La esterilización fue realizada menos de 30 días pero más de 72 horas después de la fecha de la firma del individuo en esta forma del consentimiento debido a las circunstancias siguientes (marque la caja aplicable y completa la información solicitada):

- a. Entrega prematura. Fecha de la entrega prevista: _____
 b. Cirugía abdominal de la emergencia (describa las circunstancias): _____

22. Firma de la persona que realizó procedimiento

23. Fecha de la firma

24. **If** an individual practitioner's name is listed in Field 5 (rather than a group or clinic name) and that practitioner's name is different from the signature in Field 22, this is because:

- A different practitioner was on call at the time of the procedure
- A different practitioner in the same practice performed the procedure
- Other (please explain: _____)

**Federal Paperwork Reduction Act Statement
(OMB No. 0937-0166)**

A Federal agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays the currently valid OMB control number. Public reporting burden for this collection of information will vary; however, we estimate an average of one hour per response, including for reviewing instructions, gathering and maintaining the necessary data, and disclosing the information. Send any comment regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information to the OS Reports Clearance Officer, ASBTF/Budget Room 503 HHH Building, 200 Independence Avenue, SW., Washington, DC 20201.

Respondents should be informed that the collection of information requested on this form is authorized by 42 CFR part 50, subpart B, relating to the sterilization of persons in federally assisted public health programs. The purpose of requesting this information is to ensure that individuals requesting sterilization receive information regarding the risks, benefits and consequences, and to assure the voluntary and informed consent of all persons undergoing sterilization procedures in federally assisted public health programs. Although not required, respondents are requested to supply information on their race and ethnicity. Failure to provide the other information requested on this consent form, and to sign this consent form, may result in an inability to receive sterilization procedures funded through federally assisted public health programs.

All information as to personal facts and circumstances obtained through this form will be held confidential, and not disclosed without the individual's consent, pursuant to any applicable confidentiality regulations.

24. Si el nombre de un médico individual se enumera en el campo 5 (más bien que un grupo o un nombre de la clínica) y el nombre de ese médico es diferente de la firma en el campo 22, éste es porque:

- Un distinto médico estaba en llamada a la hora del procedimiento
 - Un distinto médico de la misma práctica realizó el procedimiento
 - Otro (explique por favor: Declaración _____)
-

**Federal del Acto de la Reducción del Papeleo
(No de OMB. 0937-0166)**

Una agencia federal puede conducir o no patrocinar, y no requieren a una persona responder a, una colección de información a menos que exhiba el número actualmente válido del control de OMB. La carga de divulgación pública para esta colección de información variará; sin embargo, estimamos un promedio de una hora por respuesta, incluyendo para repasar instrucciones, recopilar y mantener los datos necesarios, y divulgar la información. Envíe cualquier comentario con respecto la estimación de la carga o a cualquier otro aspecto de esta colección de información al oficial de separación de los informes del OS, edificio del sitio 503 HHH de ASBTF/Budget, avenida de la independencia 200, interruptor, Washington, dc 20201.

Los respondedores deben ser informados a que la colección de información solicitada en esta forma es autorizada por la parte 50, subpart B de 42 CFR, referente a la esterilización de personas en programas federal asistidos de la salud pública. El propósito de solicitar esta información es asegurarse de que los individuos que solicitan la esterilización reciben la información con respecto los riesgos, las ventajas y a las consecuencias, y asegurar el consentimiento voluntario e informado de todas las personas que experimentan procedimientos de la esterilización en programas federal asistidos de la salud pública. Aunque no están requeridos, solicitan los respondedores proveer la información sobre su raza y pertenencia étnica. La falta de proporcionar la otra información solicitada en esta forma del consentimiento, y de firmar esta forma del consentimiento, puede dar lugar a una inhabilidad de recibir los procedimientos de la esterilización financiados con programas federal asistidos de la salud pública.

Toda la información en cuanto a hechos personales y circunstancias obtenidos a través de esta forma será llevada a cabo confidencial, y no divulgada sin el consentimiento del individuo, conforme a ningunas regulaciones aplicables del secreto.