



MANUAL DE POLÍTICAS MÉDICAS DE AHCCCS
POLÍTICA 820, ANEXO A - FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
Y RECONOCIMIENTO DE HISTERECTOMÍA DE AHCCCS

Una histerectomía consiste en retirar todo el útero (matriz). Una histerectomía es irreversible y evitará que tenga hijos en forma permanente. Una histerectomía solo debe realizarse cuando hay una enfermedad del útero de la mujer o algún otro problema que solo se pueda tratar retirando el útero. Es una cirugía mayor y habrá molestias y existe la probabilidad de que surjan problemas graves.

AHCCCS no cubre los procedimientos de histerectomía cuando:

- 1) Se llevó a cabo con el único propósito de que la persona sea incapaz de reproducirse de manera permanente, o
- 2) Si hubo más de un propósito por el que se realizó el procedimiento, si no se hubiera realizado de no ser con el propósito de que la persona sea incapaz de reproducirse en forma permanente.

Mi firma indica que me explicaron verbalmente que una histerectomía hará que sea incapaz de reproducirme en forma permanente, y que leí y entendí la información anterior.

NOMBRE DE LA AFILIADA

FIRMA DE LA AFILIADA

FECHA

REPRESENTANTE DE LA AFILIADA (SI CORRESPONDE)

FECHA

Al firmar al calce, doy mi consentimiento por voluntad propia de someterme a una histerectomía.

NOMBRE DE LA AFILIADA

FIRMA DE LA AFILIADA

FECHA

REPRESENTANTE DE LA AFILIADA (SI CORRESPONDE)

FECHA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA AFILIADA DE AHCCCS

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA AFILIADA

De acuerdo con la Regulación Federal 42 CFR 441.255, la firma y la fecha al calce se requieren para hacer el reembolso.



MANUAL DE POLÍTICAS MÉDICAS DE AHCCCS
POLÍTICA 820, ANEXO A - FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
Y RECONOCIMIENTO DE HISTERECTOMÍA DE AHCCCS

*NOMBRE DE LA PERSONA QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO
DE LA AFILIADA PARA LA HISTERECTOMÍA*

*FIRMA DE LA PERSONA QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO
DE LA AFILIADA PARA LA HISTERECTOMÍA*

FECHA