



MEDICAID - TÍTULO XIX
ACUSE DE RECIBO DE INFORMACIÓN SOBRE HISTERECTOMÍA

Paso 1.) SIEMPRE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Nombre de la persona Fecha de nacimiento de la persona
Nombre del médico Fecha de la histerectomía

Paso 2.) COMPLETE SÓLO UNA DE LAS SECCIONES RESTANTES ABAJO (A, B o C)
Y ASEGÚRESE DE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS INDICADOS EN ESA SECCIÓN.
¡NO COMPLETE MAS DE UNA SECCIÓN!

SECCIÓN A: COMPLETE ESTA SECCIÓN CUANDO LA PERSONA QUE TIENE ELEGIBILIDAD TENNCARE ACUSA RECIBO DE LA INFORMACIÓN
SOBRE HISTERECTOMÍA ANTES DE QUE LE HAGAN LA HISTERECTOMÍA.

Acuso recibo de la información, oral y escrita, antes de que me hagan la histerectomía, que indica que si me hacen una histerectomía me dejará
permanentemente incapaz de reproducirme.

FIRMA DEL TESTIGO FECHA FIRMA DE LA PERSONA FECHA



SECCIÓN B: COMPLETE ESTA SECCIÓN CUANDO CUALQUIERA DE LAS EXCEPCIONES INDICADAS A CONTINUACIÓN SEA APLICABLE PARA
LA PERSONA.

Declaro que antes de practicarle la intervención de histerectomía a la persona indicada:

MARQUE
UNA RESPUESTA

- 1 Le informé que esta operación la dejaría permanentemente incapaz de reproducirse. (ESTA CERTIFICACIÓN ES SOLAMENTE PARA PERSONAS
RETROACTIVAMENTE ELEGIBLES - Se debe proporcionar una copia de la tarjeta de Medicaid que abarca la fecha de la histerectomía o una copia
de la notificación de aprobación retroactiva para que se pueda hacer el reembolso.)
2 Ella ya era estéril debido a que:

CAUSA DE LA ESTERILIDAD

- 3 Le practicaron una histerectomía a causa de una situación potencialmente mortal debido a:

DESCRIBA LA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

y la información relativa a la esterilidad no se pudo suministrar antes de practicar la histerectomía.

FIRMA DEL MÉDICO FECHA



SECCIÓN C: COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE PARA PERSONAS MENTALMENTE INCOMPETENTES

Acuso recibo de la información, oral y escrita, antes de que le hagan la histerectomía, que indica que si le hacen una histerectomía a la persona
indicada arriba, la dejarán permanentemente incapaz de reproducirse.

FIRMA DEL TESTIGO FECHA FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA PERSONA FECHA

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Afirmo que la histerectomía que le practiqué a la persona indicada arriba era necesaria por razones médicas debido a:

MOTIVO DE LA HISTERECTOMÍA

y no se hizo con fines de esterilización, y que a mi mejor saber y entender, la persona a quien se practicó la histerectomía es mentalmente incompetente. Antes
de practicarle la histerectomía, informé a su representante, oralmente y por escrito, de que la histerectomía volvería a esa persona permanentemente incapaz de
reproducirse; y, el representante de la persona firmó un acuse de recibo de dicha información.

FIRMA DEL MÉDICO FECHA

Adjunte una copia del formulario de reclamo a enviarlo para pago. Haga copias para la persona y para sus propios expedientes.

ES POSIBLE QUE SE SOLICITE DOCUMENTACIÓN ADICIONAL PARA QUE SE HAGA EL PAGO.

ESTE FORMULARIO SE PUEDE REPRODUCIR LOCALMENTE