

**ESTADO DE OKLAHOMA  
AUTORIDAD DE OKLAHOMA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**

**Confirmación de recibo de información sobre histerectomía**

Se entrega este formulario en cumplimiento de 42 CFR sección 441.2455 (c)(1)(2)  
Esterilización por histerectomía y OAC: 317:30-5-19 Histerectomías

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número telefónico:** \_\_\_\_\_

**Número de OHCA/Medicaid:** \_\_\_\_\_

**Médico:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

Con antelación a la cirugía, he sido informado, verbalmente y por escrito, que, como resultado de la histerectomía, que será realizada por el médico que se menciona más adelante, voy a quedar incapacitado permanentemente para la reproducción.

**Firma del paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**OKLA HCA Revisado 15/02/04**

**HCA-3A**