

**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