



**PATIENT ACKNOWLEDGEMENT FORM
FOR HYSTERECTOMY
MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM**

1. CLAIM REFERENCE NUMBER

--

Leave This Space Blank

2. PATIENT NAME

--

3. RECIPIENT NO.

--

I, the undersigned 4. _____ certify that I
and my representative, if any, 5. _____ was/were
informed both orally and in writing before the hysterectomy was performed that the
operation would render me permanently incapable of bearing children.

Enter the date the hysterectomy was performed 6. _____

7. SIGNATURE OF PATIENT

8. DATE

9. SIGNATURE OF PATIENT'S REPRESENTATIVE, IF ANY

10. DATE



**FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO POR
PARTE DEL PACIENTE PARA LA
HISTERECTOMIA
PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA**

1. NUMERO DE REFERENCIA DE LA RECLAMACION

--

DEJE ESTE ESPACIO EN BLANCO

2. NOMBRE DEL PACIENTE

--

3. NUMERO DE LA PERSONA QUE RECIBE ASISTENCIA

--

Yo, el infrascrito 4. _____ certifico que yo
y mi representante, si tengo alguno, 5. _____ fui/fuimos
informada/informados tanto de palabra como por escrito antes de que la histerectomía
fuera llevada a cabo que la operación me iba a hacer incapaz de tener hijos
permanentemente.

Escriba la fecha en la cual la histerectomía se llevó a cabo 6. _____

7. FIRMA DEL PACIENTE

8. FECHA

9. FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE, SI ALGUNO EXISTE

10. FECHA