



**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