



**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 operacion
me iba a hacer incapaz de tener hijos permanentemente.

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

7. FIRMA DEL PACIENTE

8. FECHA

9. FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE, SI ALGUNO EXISTE

10. FECHA