



**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