



**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