

**NON-ELECTIVE
HYSTERECTOMY PROCEDURES
(Patient Rights Acknowledgment Form)**

This is to certify that I _____ have been advised by
Name of Patient

my physician or his/her designee _____ that
Name of Physician/Designee

there is a possibility that I might need a hysterectomy. If a hysterectomy must be performed on me, I will be permanently sterile and incapable of having children. I will no longer have a period (menstruation).

**(NO ELECTIVO)
PROCEDIMIENTO DE HISTERECTOMIA
(notificación de los Derechos del Paciente)**

Por la presente yo _____ certifico que he sido
Nombre del Paciente

informada por mi doctor or por la persona que él/ella ha designado _____
Nombre del Médico/Persona Designada

Que hay la posibilidad de que sea necesario someterme a una operación de histerectomía. Como resultado de la histerectomía you quedaré permanentemente estéril y no podré tener hijos. No tendré más períodos (menstruación).

Patient's Signature/Firma del Paciente

Date/Fecha

Patient's Representative (if any)
Representante del Paciente (si existe)

Date/Fecha

Witness/Testigo

Date/Fecha

Physician Signature

Date/Fecha

Ward or Clinic