

FORWARDHEALTH
RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE INFORMACIÓN SOBRE LA HISTERECTOMÍA
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF HYSTERECTOMY INFORMATION

Instrucciones: Escriba en letra de molde. Antes de completar el formulario, refiera a las instrucciones para Completar el formulario F-01160AS, Reconocimiento de Recibo de Histerectomía.

Nombre — Miembro	Número de Identificación del Miembro
------------------	--------------------------------------

Dirección — Miembro	
---------------------	--

Nombre — Médico	Identificación de Proveedor Nacional
-----------------	--------------------------------------

Se le ha explicado a _____ (a mí) que la histerectomía que se
(Nombre — Miembro)

realizará en ella (mí) la dejará a ella (a mí) permanentemente incapaz de reproducir.

FIRMAS — Miembro, Representante, e Intérprete

Miembro	Fecha de la Firma
Representante	Fecha de la Firma
Intérprete	Fecha de la Firma



F-01160