# F-01160_Ack of Receipt of Hysterectomy Info.jpegDEPARTMENT OF HEALTH SERVICES STATE OF WISCONSIN

Division of Medicaid Services DHS 107.06(3)(c), Wis. Admin. Code

F-01160S (06/2013)

**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      |