

نموذج الموافقة على الإجهاض للقصر

اسم مرفق الخدمات الصحية

رقم معرف المريضة (لاستخدام المكتب فقط)

اسم المريضة (يرجى كتابته)

يطلب منك قانون ولاية ماساتشوستس التوقيع على نموذج الموافقة المستنيرة هذا الذي أعدته مديرية الصحة العامة في ولاية ماساتشوستس (MDPH). يجب على المرضى الذين يكملون هذا النموذج أيضًا إكمال نموذج الموافقة الخاص بالإجراء المناسب.

بالنسبة لأي مريضة أقل من 16 عامًا ولم تتزوج مطلقًا وتطلب إجراء عملية الإجهاض، فإن قانون ولاية ماساتشوستس (M.G.L. c.112 § 12R) يتطلب موافقة المريضة وإما (1) موافقة أحد الوالدين أو الوصي القانوني، أو (2) الحصول على إذن من القاضي.

يحظر قانون الولاية على الوالد/الوصي النظر في أي شيء باستثناء مصلحة المريض الفضلى عند اتخاذ قرار بشأن منح موافقة الوالدين. لا تحتاج المريضة المتزوجة أو المتزوجة (وهي الآن أرملة أو منفصلة أو مطلقة) إلى الحصول على موافقة الوالدين أو تفويض قضائي.

أ. موافقة ولي الأمر/الوصي

(اسم المريضة، مكتوبة)

أنا، الوالد/الوصي القانوني (اسم الوالد/الوصي، مكتوب)

أمنح موافقتي على إجراء عملية إجهاض نيابة عنها.

وقعت تحت وطأة الألام وعقوبات الحنث باليمين.

التاريخ

التوقيع

ب- موافقة المريضة

التاريخ

توقيع المريضة

ج- التفويض القضائي

إذا تم الحصول على تفويض من محكمة الولاية للإجهاض، فيرجى التحقق أدناه.

تم الحصول على إذن من المحكمة.

يحتفظ مرفق الخدمات الصحية بهذا النموذج

فقط كجزء من سجلك الطبي السري.