马萨诸塞州公共卫生部

未成年人堕胎同意书

机构名称

患者姓名（请以正楷书写）	患者 I.D. 号（仅限办公室使用）

马萨诸塞州法律要求您签署由马萨诸塞公共卫生部 (MDPH) 编制的知情同意书。完成此同意书的患者还必须完成相关的特定手术同意书。

对于任何未满 16 周岁并要求堕胎的未婚患者，马萨诸塞州法律 (M.G.L. c.112 § 12R) 要求提供患者**本人**同意书，**以及** (1) 父母中**一方**或法定监护人同意书，**或** (2) 法官授权。

州法律禁止父母/监护人在决定是否提供父母同意书时考虑除患者的最佳利益以外的任何事情。

已婚或曾经已婚（且目前丧偶、分居或离异）的患者不需要获得父母同意书或司法授权。

A. 父母/监护人同意书

本人，（患者姓名，请以正楷书写）的	父母/法定监护人（父母/法定监护人姓名，请以正楷书写）

代表其同意进行堕胎。

在作伪证罪受到的痛苦和处罚下签名。

签名	日期

B. 患者同意书

患者签名	日期

C. 司法授权

如果堕胎已获得州法院授权，请勾选以下内容。

☐ 获得法院授权。

此同意书将由该机构单独保存
作为您的保密医疗记录的一部分。