



未成年人墮胎同意書

機構名稱

患者姓名 (請以正楷書寫)

患者 I.D. 號 (僅限辦公室使用)

麻塞諸塞州法律要求您簽署由麻塞諸塞公共衛生部 (MDPH) 編制的知情同意書。完成此同意書的患者還必須完成適當的特定手術同意書。

對於任何未滿 16 週歲並要求墮胎的未婚患者，麻塞諸塞州法律 (M.G.L. c.112 § 12R) 要求**既提供** 患者同意書，**也提供** (1) 一名父母或法定監護人同意書，**或** (2) 法官授權。

州法律禁止父母/監護人在決定是否提供父母同意書時考慮除患者的最佳利益以外的任何事情。

已婚或曾經已婚 (且目前喪偶、分居或離異) 的患者不需要獲得父母同意書或司法授權。

A. 父母/監護人同意書

本人為患者的父母/法定監護人 (父母/法定監護人，正楷書寫)

患者本人 (患者姓名，正楷書寫)

代表其同意進行墮胎。

按照偽證罪的處罰規定下簽名。

簽名

日期

B. 患者同意書

患者簽名

日期

C. 司法授權

如果墮胎已獲得州法院授權，請勾選以下內容。

 獲得法院授權。

此同意書將由該機構單獨保存，
作為您的保密醫療記錄的一部分。