DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA DE MASSACHUSETTS
(MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH)

# Termo de consentimento de aborto para menores

NOME DA INSTALAÇÃO

| NOME DA PACIENTE *(em letra de forma)* | IDENTIDADE DA PACIENTE *(apenas para uso administrativo)* |
|---|---|
| | |

A legislação de Massachusetts requer a assinatura deste termo de consentimento livre e esclarecido elaborado pelo Departamento de Saúde Pública de Massachusetts (MDPH). As pacientes que preencherem este formulário também devem preencher o termo de consentimento específico do procedimento adequado.

A legislação de Massachusetts requer **ambos** os consentimentos da paciente **e** (1) de **um** dos pais ou responsáveis legais, **ou** (2) a autorização de um juiz, para qualquer paciente menor de 16 anos que nunca se casou e que optou pelo aborto (M.G.L. c.112 § 12R).

A legislação estadual proíbe que pais/responsáveis considerem qualquer coisa, exceto o melhor interesse da paciente, ao decidir se devem dar seu consentimento.

Uma paciente casada ou que se casou (e agora está viúva, separada ou divorciada) não precisa obter consentimento dos pais ou autorização judicial.

## A. Consentimento dos pais/responsáveis

| EU, PAI/MÃE/RESPONSÁVEL LEGAL *(Nome de um dos pais/responsável, em letra de forma)* | DA *(Nome da paciente, em letra de forma)* |
|---|---|

DOU MEU CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DE UM ABORTO EM SEU NOME.

*Assinado, sob pena de perjúrio.*

| ASSINATURA | DATA |
|---|---|
| | |

## B. Consentimento da paciente

| ASSINATURA DA PACIENTE | DATA |
|---|---|
| | |

## C. Autorização judicial

SE A AUTORIZAÇÃO DA CORTE ESTADUAL FOI OBTIDA PARA O ABORTO, MARQUE ABAIXO.

☐ Autorização judicial obtida.

**Este termo deve ser preservado unicamente pela instalação como parte de seu registro médico confidencial.**

Termo de consentimento de aborto para menores MDPH; última revisão em 2022. Este termo de consentimento está disponível em diversos idiomas comumente falados em Massachusetts. Para solicitar idiomas adicionais, envie um e-mail para: dph-abconsents@mass.gov.