



Đơn đồng ý phá thai dành cho trẻ vị thành niên

TÊN CƠ SỞ

TÊN BỆNH NHÂN (vui lòng viết chữ in hoa)

I.D BỆNH NHÂN. SỐ (chỉ dành cho văn phòng)

Luật Massachusetts yêu cầu bạn ký vào đơn đồng ý đã được thông báo này do Sở Y tế Công cộng Massachusetts (MDPH) soạn thảo. Những bệnh nhân hoàn thành đơn này cũng phải hoàn thành đơn đồng ý dành riêng cho thủ thuật thích hợp.

Đối với bất kỳ bệnh nhân nào dưới 16 tuổi chưa từng kết hôn và yêu cầu phá thai, luật Massachusetts (M.G.L. c.112 § 12R) yêu cầu **cả hai** sự đồng ý của bệnh nhân, **và một trong hai** (1) sự đồng ý của **một** cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, **hoặc** (2) được ủy quyền của thẩm phán.

Luật tiểu bang nghiêm cấm cha mẹ/người giám hộ xem xét bất cứ điều gì ngoại trừ lợi ích tốt nhất của bệnh nhân khi quyết định đồng ý hay không.

Bệnh nhân đã kết hôn hoặc mới kết hôn (và hiện đã góa phụ, ly thân hoặc ly hôn) không cần sự đồng ý của cha mẹ hoặc ủy quyền của thẩm phán.

A. Đồng ý của Cha mẹ/Người giám hộ

TÔI, CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ HỢP PHÁP (Tên cha mẹ/người giám hộ, viết chữ in hoa)

CỦA (Tên bệnh nhân, viết chữ in hoa)

ĐỒNG Ý ĐỂ THỰC HIỆN PHÁ THAI THAY MẶT CHO BỆNH NHÂN.

Ký tên, nếu không sẽ chịu hình phạt cho tội khai man.

CHỮ KÝ

NGÀY

B. Đồng ý của bệnh nhân

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN

NGÀY

C. Ủy quyền của thẩm phán

NẾU ĐÃ NHẬN ĐƯỢC SỰ CHO PHÉP CỦA TÒA ÁN TIỂU BANG CHO VIỆC PHÁ THAI, VUI LÒNG KIỂM TRA BÊN DƯỚI.

☐ Đã nhận được sự ủy quyền của tòa án.

Đơn này sẽ chỉ được cơ sở lưu giữ là một phần của hồ sơ y tế bí mật của bạn.