

ԱՄԼԱՑՄԱՆ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ

ՃԱՆՈՒՑՈՒՄ. ԱՄԼԱՑՈՒՄԻՑ ՑԱՆԿԱՑԱԾ ՊԱՀԻՆ ՁԵՐ ՀՐԱԺԱՐՈՒՄԸ ՉԻ ՀԱՅԳԵՑՆԻ ԴԱՇՆԱՅԻՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՄԲ ՏՐԱՄԱԴՐՎՈՂ ՈՐԵՎԷ ՆՊԱՍՏԻ, ԾՐԱԳՐԻ ԿԱՄ ՆԱԽԱԳԾԻ ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆԸ ԵՎ ԴՐԱՆՑԻՑ ԶՐԿՎԵԼՈՒՆ:

ԱՄԼԱՑՄԱՆ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ես խնդրել և ստացել եմ ամլացման վերաբերյալ տեղեկություններ՝ (բժշկից կամ կլինիկայից)

: Երբ ես առաջին անգամ բժշկից կամ կլինիկայից խնդրեցի տեղեկություն տրամադրել, ինձ հայտնեցին, որ ամլացումը բացառապես իմ անձնական որոշումն է: Ինձ հայտնեցին, որ ես կարող եմ որոշել չամլացվել: Եթե ես որոշեմ հրաժարվել ամլացումից, իմ որոշումը չի ազդի ապագայում իմ բուժօգնություն կամ բուժում ստանալու իրավունքի վրա: Ես չեմ կորցնի դաշնային ֆինանսավորմամբ տրամադրվող որևէ օգնություն կամ նպաստ, օրինակ՝ Ժամանակավոր օգնությունը կարիքավոր ընտանիքներին (TANF), կամ Medicaid-ը, որը ես ներկայումս ստանում եմ, ինչպես նաև այն օգնությունը կամ նպաստները, որոնց համար կարող եմ հետագայում իրավասու լինել:

ԵՍ ԳԻՏԱԿՑՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ԱՄԼԱՑՈՒՄԸ ՊԵՏԵ Է ԼԻՆԻ ՎԵՐՋՆԱԿԱՆ ԵՎ ԱՆԴԱՌՆԱԼԻ: ԵՍ ՈՐՈՇՈՒՄ ԵՄ ԿԱՅԱՑՐԵԼ, ՈՐ ՉԵՄ ՑԱՆԿԱՑՈՒՄ ՀՂԻԱՅԱԼ, ՈՒՆԵՆԱԼ ԵՐԵԽԱՆԵՐ ԿԱՄ ՀԱՅՐ ԴԱՌՆԱԼ: Ինձ հայտնեցին, որ կարող եմ ինձ տրամադրել Ժամանակավոր հակաբեղմնավորիչ միջոցներ, որոնք թույլ կտան ինձ հետագայում երեխա ունենալ կամ հայր դառնալ: Ես հրաժարվել եմ այս այլընտրանքներից և ընտրել եմ ամլացումը:

Ես գիտակցում եմ, որ իմ ամլացումը կկատարվի հետևյալ վիրահատությամբ՝ (վիրահատության տեսակը).

Ինձ բացատրել են վիրահատության հետ կապված անհարմարությունները, ռիսկերը և առավելությունները: Իմ բոլոր հարցերին տրվել են սպառիչ պատասխաններ: Ես հասկանում եմ, որ վիրահատությունը տեղի չի ունենա առնվազն 30 օր տվյալ ձևաթղթի ստորագրումից հետո: Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ ցանկացած պահի փոխել իմ որոշումը, և որ իմ՝ ցանկացած պահի ամլանալուց հրաժարվելու որոշումը չի հանգեցնի դաշնային ֆինանսավորմամբ տրամադրվող որևէ նպաստի, ծրագրի կամ նախագծի դադարեցմանը կամ դրանցից զրկմանը:

Ես առնվազն 21 տարեկան եմ և ծնվել եմ (ամսաթիվը) : Ես սույնով իմ սեփական կամքով ամլացման համաձայնություն եմ տալիս, որը կիրականացվի (բժշկի կամ կլինիկայի)

կողմից,

կոչվող մեթոդի կիրառմամբ:

Իմ կողմից տրված համաձայնությունը ուժի մեջ է ստորև ներկայացված իմ ստորագրության ամսաթվից հետո 180 օր: Բացի այդ, ես համաձայն եմ, որ այս ձևաթուղթը և վիրահատության վերաբերյալ մյուս բժշկական փաստաթղթերը փոխանցվեն Առողջապահական ծառայությունների վարչության ներկայացուցիչներին կամ վարչության ֆինանսավորմամբ գործող ծրագրերի կամ նախագծերի աշխատակիցներին՝ միայն պետական և դաշնային օրենքների պահպանման ստուգման նպատակով: Ես ստացել եմ այս ձևաթղթի պատճենը:

Անունը տպատառ՝

Ստորագրություն՝

Ամսաթիվ՝

ԹԱՐԳՄԱՆՉԻ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ (Եթե տրամադրվում է թարգմանիչ՝ օգնելու համար ամլացման նպատակով դիմած անձին)

Ես թարգմանել եմ ամլացման վերաբերյալ համաձայնությունը ստացած անձի կողմից ամլացման ենթակա անձին տրամադրված բանավոր տեղեկություններն ու խորհուրդները:

Ես նաև տվյալ անձի համար կարդացել եմ համաձայնության ձևաթուղթը այս լեզվով (լեզուն)

և բացատրել եմ դրա բովանդակությունը: Որքանով ինձ հայտնի է, անձը հասկացել է իրեն ներկայացված տեղեկությունը:

Անունը տպատառ՝		
Թարգմանչի ստորագրությունը՝	Ամսաթիվ՝	
ԱՄԼԱՅՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՅՈՂ ԱՆՁԻ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ		
Մինչ (անձի անունը) կողմից համաձայնության ձևաթուղթը ստորագրելը, ես տվյալ անձին բացատրեցի ամլացման վիրահատության բնույթը (վիրահատության տեսակը), որ այն հանդիսանում է վերջնական և անդառնալի միջամտություն, ինչպես նաև, նրան ներկայացրեցի վիրահատության հետ կապված անհարմարությունները, ռիսկերը և առավելությունները: Ես հայտնեցի ամլացման համար դիմած անհատին, որ կան հակաբեղմնավորիչ այլընտրանքային մեթոդներ, որոնք ժամանակավոր ազդեցություն ունեն: Ես նրան բացատրեցի, որ ամլացումը դրանցից տարբերվում է, քանի որ անդառնալի է: Ես տեղեկացրեցի ամլացման համար դիմած անձին, որ նա կարող է իր համաձայնությունը չեղարկել ցանկացած պահի, և հայտնեցի, որ նա չի կորցնի որևէ առողջապահական ծառայության նկատմամբ հասանելիություն, կամ դաշնային մարմինների կողմից տրամադրվող որևէ նպաստ: Ինչքանով որ ես տեղյակ եմ, ամլացման դիմած անձը առնվազն 21 տարեկան է և թվում է հոգեկան և մտավոր առումով առողջ: Ամլացման նպատակով դիմած անձը գիտակցաբար և կամավոր դիմել է ամլացման համար և, ակնհայտորեն գիտակցում է ընթացակարգի բնույթն ու հետևանքները:		
Համաձայնությունը ստացող անձի ստորագրությունը՝	Ամսաթիվ՝	Հաստատություն՝
ԲԺՇԿԻ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ		
(Անհատի անունը) ամլացման վիրահատությունը կատարելուց առաջ՝ ամլացման վիրահատության օրը ես նրան բացատրեցի ամլացման վիրահատության բնույթը (վիրահատության տեսակը), և որ այն նախատեսված է որպես վերջնական և անդառնալի միջամտություն, ինչպես նաև, ներկայացրեցի դրա հետ կապված անհարմարությունները, ռիսկերը և առավելությունները: - Ես հայտնեցի ամլացման համար դիմած անհատին, որ կան հակաբեղմնավորիչ այլընտրանքային մեթոդներ, որոնք ժամանակավոր ազդեցություն ունեն: - Ես նրան բացատրեցի, որ ամլացումը դրանցից տարբերվում է, քանի որ անդառնալի է: - Ես տեղեկացրեցի ամլացման համար դիմած անձին, որ նա կարող է իր համաձայնությունը չեղարկել ցանկացած պահի, և որ նա չի կորցնի որևէ առողջապահական ծառայության նկատմամբ հասանելիություն կամ դաշնային մարմինների կողմից տրամադրվող որևէ նպաստ: - Ինչքանով որ ես տեղյակ եմ, ամլացման դիմած անձը առնվազն 21 տարեկան է և թվում է հոգեկան և մտավոր առումով առողջ: Անձը գիտակցաբար և կամավոր կերպով դիմել է ամլացման վիրահատության համար և, ակնհայտորեն գիտակցում է վիրահատության բնույթն ու հետևանքները: (Այլընտրանքային վերջին պարբերության օգտագործման հրահանգներ՝ Օգտագործեք ստորև նշված առաջին պարբերությունը՝ բացառությամբ վաղաժամ ծննդաբերության կամ որովայնի հատվածում անհետաձգելի վիրահատության դեպքերի, երբ ամլացման վիրահատությունը կատարվում է անհատի կողմից համաձայնության ձևաթղթի ստորագրումից հետո 30 օրվա ընթացքում: Այդ դեպքերում պետք է օգտագործվի ստորև նշված երկրորդ պարբերությունը: Ձնջեք չօգտագործվող պարբերությունը:) (1) Անձի կողմից այս համաձայնության ձևաթղթի ստորագրման օրվանից մինչև ամլացման վիրահատության իրականացումը անցել է առնվազն 30 օր: (2) Ամլացման այս վիրահատությունն իրականացվել է անհատի կողմից այս համաձայնության ձևաթղթի ստորագրումից հետո մինչև 30 օրվա ընթացքում, բայց 72 ժամից հետո՝ հետևյալ հանգամանքների պատճառով (նշեք համապատասխան վանդակը և լրացրեք պահանջվող տեղեկությունը):		

Վաղաժամ ծննդաբերություն: Անձի ծննդաբերության ենթադրվող ամսաթիվը՝	Որովայնի շրջանում ահետաձգելի վիրահատություն: Նկարագրեք հանգամանքները.	Ստորագրություն՝
		Ամսաթիվ՝