

توجه: اگر، در هر زمان، از عقی‌سازی منصرف شوید، این تصمیم شما سبب ارائه نشدن یا محرومیت شما از مزایایی که برنامه‌ها یا طرح‌های گیرنده بودجه فدرال ارائه می‌کنند، نخواهد شد.

رضایت‌نامه عقی‌سازی	
من اطلاعات مربوط به عقی‌سازی را از مرجع زیر درخواست و دریافت کرده‌ام: (پزشک یا درمانگاه): . وقتی برای نخستین بار از پزشک یا درمانگاه درخواست اطلاعات کردم، به من گفته شد که تصمیم‌گیری درباره عقی‌سازی بر عهده خود من است. به من گفته شد که می‌توانم با عقی‌سازی مخالفت کنم. اگر عقی‌سازی را نپذیرم، این تصمیم من بر حق بهره‌مندی من از مراقبت‌ها یا درمان‌های آینده تأثیری نخواهد گذاشت. من از خدمات یا مزایای برنامه‌های گیرنده بودجه فدرال، مانند «کمک موقت ویژه خانواده‌های نیازمند» (TANF) یا Medicaid، که هم‌اکنون از آنها بهره‌مند هستم یا ممکن است واجد شرایط دریافت آنها شوم، محروم نخواهم شد. من می‌دانم که عقی‌سازی باید عمل دائمی و نه بازگشت‌پذیر تلقی شود. من تصمیم گرفته‌ام که باردار نشوم، بچه به دنیا نیاورم یا پدر نشوم. درباره روش‌های موقت تنظیم خانواده که ممکن است به من معرفی شود و امکان تبدیل شدن من به مادر یا پدر آینده را فراهم کند، اطلاعاتی به من ارائه شد. من این روش‌های جایگزین را نپذیرفتم و تصمیم به عقی‌شدن گرفتم.	
من می‌دانم که عقی‌سازی به وسیله عملی به نام (نوع عمل) انجام می‌گیرد:	
ناراحتی‌ها، خطر‌ها و مزایای این عمل را به من اعلام کرده‌اند. من پاسخ همه پرسش‌های خود را به‌خوبی دریافت کرده‌ام. من می‌دانم که فاصله زمانی امضا شدن این فرم تا روز عمل حداقل 30 روز خواهد بود. من می‌دانم که در هر زمان می‌توانم نظرم را عوض کنم و این که نپذیرفتن عقی‌سازی منجر به محرومیت من از مزایا یا خدمات پزشکی که برنامه‌های گیرنده بودجه فدرال ارائه می‌کنند نخواهد شد.	
من حداقل 21 سال دارم و متولد (تاریخ)	هستم. من،
می‌پذیرم که (پزشک یا درمانگاه)	من را با روش
، بدین‌وسیله با اختیار کامل عقی‌م کند.	
اعتبار این رضایت‌نامه 180 روز از تاریخ امضا شدن آن است. همچنین، می‌پذیرم که این فرم و سایر مستندات پزشکی مربوط به عمل را در اختیار اشخاص زیر بگذارم: نمایندگان «اداره خدمات درمانی»، یا کارکنان برنامه‌ها یا طرح‌های مشمول بودجه «اداره» که مسئول تضمین رعایت قوانین ایالتی و فدرال هستند. رونوشت این فرم را دریافت کرده‌ام.	
نام با حروف بزرگ کتابی:	
امضا:	تاریخ:
اظهارنامه مترجم (اگر فرد مشمول عقی‌سازی از مترجم استفاده کند)	
من اطلاعات و توصیه‌هایی را که فرد گیرنده رضایت به صورت شفاهی به فرد مشمول عقی‌سازی ارائه کرد، ترجمه کردم.	
من همچنین رضایت‌نامه را به (زبان) دانش و باور من، فرد مشمول عقی‌سازی این توضیحات را فهمید.	
برای فرد مشمول عقی‌سازی خواندم و محتوای آن را شرح دادم. بر اساس	
نام با حروف بزرگ غیر شکسته:	
امضای مترجم:	تاریخ:
اظهارنامه فرد گیرنده رضایت	
پیش از این که (نام فرد) (نوع عمل) ، قطعی و بازگشت‌ناپذیر بودن عمل و نیز ناراحتی‌ها، خطر‌ها و مزایای آن آگاه کردم.	
من به فرد مشمول عقی‌سازی توضیح دادم که می‌تواند از روش‌های جایگزین و موقت تنظیم خانواده استفاده کند. من توضیح دادم که نتیجه عمل عقی‌سازی ماندگار است. من به فرد مشمول عقی‌سازی گفتم که در هر زمان می‌تواند رضایت خود را پس بگیرد و این که با این تصمیم از هیچ‌یک از خدمات سلامت یا مزایایی که با بودجه فدرال ارائه می‌شود محروم نخواهد شد. بر اساس دانش و باور من، فرد مشمول عقی‌سازی حداقل 21 سال دارد و ظاهراً از سلامت روان برخوردار است. این فرد عقی‌سازی را آگاهانه و داوطلبانه پذیرفته است و ظاهراً از ماهیت و پیامدهای این عمل آگاه است.	

امضای فرد گیرنده رضایت:	تاریخ:	مرکز:
اظهارنامه پزشک		
در روزهای منتهی به اجرای عمل عقیمسازی روی (نام فرد): من فرد مشمول عقیمسازی را از ماهیت عمل عقیمسازی (نوع عمل) ناراحتی‌ها، خطرهای و مزایای آن آگاه کردم. • من به فرد مشمول عقیمسازی توضیح دادم که می‌تواند از روش‌های جایگزین و موقت تنظیم خانواده استفاده کند. • من توضیح دادم که نتیجه عمل عقیمسازی ماندگار است. • من به فرد مشمول عقیمسازی گفتم که در هر زمان می‌تواند رضایت خود را پس بگیرد و این که با این تصمیم از هیچ‌یک از خدمات سلامت یا مزایایی که با بودجه فدرال ارائه می‌شود محروم نخواهد شد. • بر اساس دانش و باور من، فرد مشمول عقیمسازی حداقل 21 سال دارد و ظاهراً از سلامت روان برخوردار است. این فرد عقیمسازی را آگاهانه و داوطلبانه پذیرفته است و ظاهراً از ماهیت و پیامدهای این عمل آگاه است. (دستورالعمل استفاده از بند پایانی جایگزین: اگر زایمان زودرس یا جراحی اضطراری شکم انجام نگرفته باشد و عمل عقیمسازی در بازه زمانی کمتر از 30 روز پس از امضا شدن این رضایت‌نامه صورت نگرفته باشد، از نخستین بند زیر استفاده کنید. در غیر این صورت، باید از بند دوم استفاده کنید. روی بند بدون کاربرد خط بکشید.) (1) فاصله زمانی بین امضا شدن این رضایت‌نامه و تاریخ اجرای عقیمسازی حداقل 30 روز بوده است. (2) این عمل عقیمسازی در فاصله کمتر از 30 روز و بیش از 72 ساعت از تاریخ امضا شدن این رضایت‌نامه اجرا شده است، زیرا شرایط زیر برقرار بوده است (کادر مرتبط را علامت بزنید و اطلاعات درخواستی را وارد کنید):		
زایمان زودرس- تاریخ احتمالی زایمان:	جراحی شکمی اضطراری - شرایط را شرح دهید:	امضا:
		تاریخ: