

不妊手術同意書

注意:いかなる時点においても、不妊手術を受けないというあなたの決定によって、連邦資金を受けているプログラムやプロジェクトが提供する特典が撤回されたり、差し控えられたりすることはありません。

不妊手術への同意

私は、以下の医師またはクリニックから不妊手術に関する情報を求め、受け取りました。(医師またはクリニック名)： 私が最初に医師またはクリニックに情報を求めた際、不妊手術を受けるかどうかの決定は完全に自分次第であると告げられました。私は、不妊手術を受けないという決定もできると告げられました。不妊手術を受けないという決定をしても、その決定が将来のケアや治療を受ける権利に影響を与えることはありません。私は、現在受けている、あるいは受給資格がある可能性のある、生活困窮家庭一時扶助 (TANF) やメディケイド (Medicaid) など、連邦資金を受けているプログラムからの援助や特典を将来にわたって失うことはありません。

私は、不妊手術が永続的なものであり、元に戻すことはできないと考えなければならないことを理解しています。私は、妊娠したくない、子供を産みたくない、あるいは子供の父親になりたくないと決心しました。私は、将来子供を産んだり父親になったりすることを可能にする、提供可能な一時的な避妊方法について説明を受けました。私はこれらの代替案を拒否し、不妊手術を受けることを選択しました。

私は、以下の名称の手術によって不妊手術が行われることを理解しています。(手術の種類)：

手術に伴う不快感、リスク、および利点について説明を受けました。私のすべての質問に対して、満足のいく回答が得られました。私は、このフォームに署名してから少なくとも30日が経過するまで、手術が行われないことを理解しています。私は、いつでも考えを変えることができること、また、いかなる時点においても不妊手術を受けないという私の決定によって、連邦政府の資金援助を受けているプログラムが提供する特典や医療サービスが差し控えられることはないことを理解しています。

私は21歳以上であり、誕生日は(日付) です。私、 はここに、自分の
自由な意思に基づき、(医師またはクリニック名) により、 と呼ばれ
る方法で不妊手術を受けることに同意します。

私の同意は、以下の署名日から180日後に期限切れとなります。私はまた、このフォームおよび手術に関するその他の医療記録を以下に開示することに同意します：保健ケアサービス局 (DHCS) の代表者、または同局から資金提供を受けているプログラムやプロジェクトの従業員。ただし、州法および連邦法が遵守されているかどうかを判断する目的に限りです。私はこのフォームの写しを受け取りました。

氏名：

署名：

日付：

通訳者の声明(不妊手術を受ける個人を支援するために通訳者が提供される場合)

私は、この同意書を取得する担当者が、不妊手術を受ける個人に対して口頭で行った情報提供および助言を翻訳しました。

私はまた、当該個人に対して同意書を(言語名) で読み上げ、その内容を説明しました。私
の知る限り、当該個人はこの説明を理解しました。

氏名：

通訳者の署名：

日付：

同意取得者の声明

(本人の氏名) が同意書に署名する前に、私は当該個人に対し、不妊手術(手術の種類)の性質、それが最終的で元に戻せない処置であることを意図しているという事実、ならびにそれに伴う不快感、リスク、および利点について説明しました。

私は、不妊手術を受ける個人に対し、一時的な代替の避妊方法が利用可能であることを助言しました。私は、不妊手術は永続的であるという点で、他の方法とは異なることを説明しました。私は、不妊手術を受ける個人に対し、同意はいかなる時点でも撤回できること、また、撤回によって連邦資金から提供される医療サービスや特典を失うことはないことを通知しました。

私の知る限り、不妊手術を受ける個人は21歳以上であり、判断能力を有していると思われます。当該個人は、承知の上で自発的に不妊手術を要求しており、処置の性質および結果を理解していると思われます。

同意取得者の署名:

日付:

施設名:

医師の声明

私は、(本人の氏名) に対して不妊手術を行う直前の(手術日) に、当該個人に対し、不妊手術(手術の種類)の性質、それが最終的で元に戻せない処置であることを意図しているという事実、ならびにそれに伴う不快感、リスク、および利点について説明しました。

- 私は、不妊手術を受ける個人に対し、一時的な代替の避妊方法が利用可能であることを助言しました。
- 私は、不妊手術は永続的であるという点で、他の方法とは異なることを説明しました。
- 私は、不妊手術を受ける個人に対し、同意はいかなる時点でも撤回できること、また、撤回によって連邦資金から提供される医療サービスや特典を失うことはないことを通知しました。
- 私の知る限り、不妊手術を受ける個人は21歳以上であり、判断能力を有していると思われます。当該個人は、承知の上で自発的に不妊手術を要求しており、処置の性質および結果を理解していると思われます。

(最終段落の選択に関する指示:

最初の段落は、不妊手術が同意書への署名日から30日以上経過して行われる場合に使用してください。ただし、予定より早い分娩または緊急の腹部手術により、署名日から30日以内に行われる場合を除きます。それらのケースでは、以下の2番目の段落を使用する必要があります。使用しない方の段落を線で消してください。)

- (1) この同意書への本人の署名日から不妊手術が行われた日まで、少なくとも30日間が経過しています。
- (2) この不妊手術は、以下の状況により、同意書への本人の署名日から30日未満、かつ72時間以上経過した後に行われました(該当するボックスにチェックを入れ、要求された情報を記入してください)。

予定より早い分娩 — 個人の出産予定日:

緊急の腹部手術 — 状況の説明:

署名:

日付: