

ประกาศ: การตัดสินใจของคุณที่จะไม่เข้ารับการทำหมันในเวลาใดก็ตาม จะไม่ส่งผลให้เกิดการถอดถอนหรือระงับสิทธิประโยชน์ใด ๆ ที่ทางโปรแกรมหรือโครงการที่ได้รับเงินทุนจากรัฐบาลกลางจัดหาให้

การให้ความยินยอมในการทำหมัน	
ข้าพเจ้าได้ร้องขอและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำหมันจาก: (แพทย์หรือคลินิก): ในเวลาข้าพเจ้า สอบถามข้อมูลจากแพทย์หรือคลินิกครั้งแรก ข้าพเจ้าได้รับแจ้งว่าการตัดสินใจที่จะทำหมันนั้นเป็นการตัดสินใจของข้าพเจ้าทั้งสิ้น ข้าพเจ้าได้รับแจ้งว่าข้าพเจ้าสามารถตัดสินใจที่จะไม่ทำหมันได้หากข้าพเจ้าตัดสินใจที่จะไม่ทำหมันการตัดสินใจของข้าพเจ้าจะไม่ส่งผลกระทบต่อดูแลหรือการรักษาในอนาคตของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะไม่สูญเสียความช่วยเหลือหรือสิทธิประโยชน์จากโปรแกรมที่ได้รับเงินทุนจากรัฐบาลกลาง เช่น Temporary Assistance for Needy Families (TANF) หรือ Medicaid ที่ข้าพเจ้ากำลังได้รับ หรือที่ข้าพเจ้าอาจมีคุณสมบัติที่จะได้รับ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการทำหมันต้องพิจารณาว่ามีผลถาวรและไม่สามารถย้อนกลับได้ ข้าพเจ้าตัดสินใจว่าข้าพเจ้าไม่ต้องการตั้งครรภ์ มีบุตร หรือเป็นบิดาของบุตร ข้าพเจ้าได้รับแจ้งเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดชั่วคราวที่อาจจัดหาให้แก่ข้าพเจ้าได้ ซึ่งจะทำให้ข้าพเจ้าสามารถตั้งครรภ์หรือเป็นบิดาของบุตรได้ในอนาคต ข้าพเจ้าได้ปฏิเสธทางเลือกเหล่านี้และเลือกที่จะเข้ารับการทำหมัน	
ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าจะได้รับการทำหมันโดยการผ่าตัด ซึ่งเรียกว่า (ประเภทการผ่าตัด):	
ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับความไม่สบาย ความเสี่ยง และประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดนี้แล้ว ข้าพเจ้าได้รับคำตอบสำหรับคำถามทั้งหมดที่ข้าพเจ้ามีแล้ว ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการผ่าตัดจะไม่ดำเนินการจนกว่าข้าพเจ้าจะได้ลงนามในเอกสารนี้ไปแล้วอย่างน้อย 30 วัน ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าสามารถเปลี่ยนใจได้ทุกเมื่อ และการตัดสินใจของข้าพเจ้าไม่ว่าในเวลาใดก็ตามที่จะไม่เข้ารับการทำหมัน จะไม่ส่งผลให้เกิดการระงับสิทธิประโยชน์หรือบริการทางการแพทย์ที่จัดหาให้โดยโปรแกรมที่ได้รับเงินทุนจากรัฐบาลกลาง ข้าพเจ้ามีอายุอย่างน้อย 21 ปี และเกิดวันที่ (วันที่) ข้าพเจ้า ขอให้ความ ยินยอมด้วยความตั้งใจของข้าพเจ้าเองเพื่อเข้ารับการทำหมันโดย (แพทย์หรือคลินิก) โดยวิธีการที่เรียก ว่า ความยินยอมของข้าพเจ้าจะหมดอายุ 180 วันนับจากวันที่ข้าพเจ้าลงลายมือชื่อด้านล่าง นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยเอกสารนี้และเวชระเบียนอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อ: ตัวแทนของ Department of Health Care Services หรือพนักงานของโปรแกรมหรือโครงการที่ได้รับเงินทุนจากรัฐบาลฯ แต่เป็นไปเพื่อการพิจารณาเท่านั้นได้มีการปฏิบัติตามกฎหมายของรัฐและรัฐบาลกลางหรือไม่ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาของเอกสารนี้จำนวนหนึ่งฉบับแล้ว	
ชื่อตัวบรรจง:	
ลงชื่อ:	วันที่:
คำแถลงของล่าม (หากมีล่ามให้บริการเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่จะเข้ารับการทำหมัน)	
ข้าพเจ้าได้แปลข้อมูลและคำแนะนำที่น่าเสนอโดยผู้ที่ขอรับความยินยอมนี้ด้วยวาจาแก่บุคคลที่จะเข้ารับการทำหมันแล้ว นอกจากนี้ข้าพเจ้ายังได้อ่านเอกสารแสดงความยินยอมใน (ภาษา) ให้บุคคลผู้นี้ฟัง พร้อมทั้งอธิบาย เนื้อหาของเอกสารให้บุคคลผู้นี้ฟังแล้ว ตามที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ บุคคลผู้นี้เข้าใจคำอธิบายนี้	
ชื่อตัวบรรจง:	
ลายมือชื่อของล่าม:	วันที่:

คำแถลงของผู้ที่ดำเนินการขอรับความยินยอม

ก่อนที่ (ชื่อบุคคล) ลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอม ข้าพเจ้าได้อธิบายให้บุคคลผู้นี้ทราบลักษณะของการผ่าตัดทำหมัน (ประเภทการผ่าตัด) ข้อเท็จจริงที่ว่าขั้นตอนนี้มีเป้าหมายให้เป็นขั้นตอนสุดท้ายและไม่สามารถย้อนกลับได้ พร้อมทั้งความไม่สบาย ความเสี่ยง และประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนดังกล่าวแล้ว

ข้าพเจ้าให้คำปรึกษาแก่บุคคลผู้นี้ว่ามีทางเลือกวิธีการคุมกำเนิดอื่นที่มีผลชั่วคราว ข้าพเจ้าได้อธิบายว่าการทำหมันแตกต่างออกไปเนื่องจากมีผลถาวร ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บุคคลที่จะเข้ารับการทำการทำหมันทราบว่าบุคคลดังกล่าวสามารถถอนความยินยอมส่วนบุคคลได้ทุกเมื่อ และบุคคลดังกล่าวจะไม่สูญเสียบริการด้านสุขภาพหรือสิทธิประโยชน์ใด ๆ ที่จัดหาให้โดยเงินทุนของรัฐบาลกลาง

เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ บุคคลผู้ที่จะเข้ารับการทำการทำหมันมีอายุอย่างน้อย 21 ปีและมีความสามารถทางจิตใจ บุคคลผู้นี้ได้ขอเข้ารับการทำการทำหมันโดยตั้งใจและเต็มใจ และดูมีความเข้าใจถึงลักษณะและผลที่ตามมาของขั้นตอนดังกล่าว

ลายมือชื่อของผู้ที่ดำเนินการขอรับความยินยอม:

วันที่:

สถานที่:

คำแถลงของแพทย์

ไม่นานก่อนที่ข้าพเจ้าจะดำเนินการผ่าตัดทำหมันให้แก่ (ชื่อบุคคล):

ในวันที่ทำการ:

ข้าพเจ้าได้อธิบายให้บุคคลผู้นี้ทราบถึงลักษณะของการผ่าตัดทำหมัน (ประเภทการผ่าตัด)

ข้อเท็จจริงที่ว่าขั้นตอนนี้มีเป้าหมายให้เป็นขั้นตอนสุดท้ายและไม่สามารถย้อนกลับได้ พร้อมทั้งความไม่สบาย ความเสี่ยง และประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนดังกล่าวแล้ว

- ข้าพเจ้าให้คำปรึกษาแก่บุคคลผู้นี้ว่ามีทางเลือกวิธีการคุมกำเนิดอื่นที่มีผลชั่วคราว
- ข้าพเจ้าได้อธิบายว่าการทำหมันแตกต่างออกไปเนื่องจากมีผลถาวร
- ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บุคคลที่จะเข้ารับการทำการทำหมันทราบว่าบุคคลดังกล่าวสามารถถอนความยินยอมส่วนบุคคลได้ทุกเมื่อ และบุคคลดังกล่าวจะไม่สูญเสียบริการด้านสุขภาพหรือสิทธิประโยชน์ที่จัดหาให้โดยเงินทุนของรัฐบาลกลาง
- เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ บุคคลผู้ที่จะเข้ารับการทำการทำหมันมีอายุอย่างน้อย 21 ปีและมีความสามารถทางจิตใจ บุคคลผู้นี้ได้ขอเข้ารับการทำการทำหมันโดยตั้งใจและเต็มใจ และดูมีความเข้าใจถึงลักษณะและผลที่ตามมาของขั้นตอนดังกล่าว

(คำแนะนำในการเลือกใช้วิธีคุมสุดท้ายที่มีข้อแตกต่างออกไป:

ใช้วิธีแรกด้านล่าง ยกเว้นในกรณีที่คลอดก่อนกำหนดหรือมีการผ่าตัดช่องท้องในกรณีฉุกเฉินและดำเนินการผ่าตัดทำหมันน้อยกว่า 30 วันหลังจากที่บุคคลลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอม ในกรณีเหล่านี้ต้องใช้วิธีที่สองด้านล่างแทน ชัดว่าวิธีที่ไม่ได้ใช้)

(1) วันที่บุคคลลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ห่างจากวันที่ดำเนินการทำการทำหมันอย่างน้อย 30 วัน

(2) การทำการทำหมันนี้ได้ดำเนินการน้อยกว่า 30 วัน แต่มากกว่า 72 ชั่วโมงหลังจากวันที่บุคคลลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ เนื่องจากสถานการณ์ดังต่อไปนี้ (ทำเครื่องหมายในช่องที่เกี่ยวข้อง และกรอกข้อมูลที่ร้องขอ)

การคลอดก่อนกำหนด - วันที่กำหนดคลอดของบุคคล:

การผ่าตัดช่องท้องในกรณีฉุกเฉิน - อธิบายสถานการณ์:

ลงชื่อ:

วันที่: