Я добровольно занимаюсь поиском услуг в области репродуктивного здоровья, предлагаемых организацией (**insert AGENCY name**).

Я понимаю, что к таким услугам могут относиться:

* консультации о средствах предохранения от беременности, вопросах зачатия, здоровом протекания беременности и по другим вопросам по мере необходимости;
* использование одного из методов предохранения от беременности;
* посещение врача для получения рецепта на лекарственный препарат и, возможно, для проведения осмотра;
* проверка на наличие и/или лечение заболеваний, передающихся половым путём;
* проверка на наличие рака шейки матки, беременности или других заболеваний; и
* направления к специалистам по мере необходимости.

Я понимаю, что необходимость предоставления всех услуг будет объяснена, и я смогу задать вопросы.

Я понимаю, что мне могут предоставить информацию о способах предохранения от беременности. Я смогу задать вопросы и отказаться от применения любого способа предохранения от беременности, который мне не нравится.

Я понимаю, что мне не могут отказать в предоставлении медицинских услуг, если я имею задолженность в оплате предыдущих посещений врача.

Я понимаю, что в услуги не входит оказание мне помощи в любое время суток, и в случае возникновения чрезвычайной ситуации мне следует обратиться в отделение неотложной медицинской помощи и оплатить предоставленные мне там услуги.

Я понимаю, что характер предоставленных мне услуг и моя медицинская документация не подлежат разглашению, за исключением:

* издания судебного постановления о том, чтобы организация предоставила медицинскую документацию. (**insert AGENCY name**) должна предоставить суду запрошенные медицинские документы в соответствии с законом;
* если я имею заболевание, о котором следует сообщить в соответствующие органы,
(**insert AGENCY name**) должна будет сообщить об этом в Управление здравоохранения штата Орегон;
* если штатным сотрудникам (**insert AGENCY name**) станет известно о проявлениях физического и/или полового насилия в отношении лица, не достигшего возраста 18 лет, они должны сообщить об этом в органы социального обеспечения или в правоохранительные органы;
* Я понимаю, что я могу не сообщать информацию личного характера, такую как, например, возраст моих половых партнёров, и мне не будет отказано в предоставлении услуг.

Я понимаю, что, если мне будут оказаны здесь услуги по охране репродуктивного здоровья, я по-прежнему имею возможность обратиться за предоставлением мне этих услуг в другую программу. Если мне будут предоставлены услуги в рамках другой программы, я могу обратиться с просьбой в организацию (**insert AGENCY name**) о предоставлении мне услуг.

Я, (мои имя и фамилия печатными буквами) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ознакомился(-лась) и понимаю информацию, предоставленную выше, и выражаю своё согласие на оказание мне услуг в области репродуктивного здоровья организацией (**insert AGENCY name**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Подпись клиента**  |  | **Дата** |  | **Свидетель** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Подпись переводчика:** |  | **Дата** |