我自愿接受 (**insert AGENCY name**) 提供的生殖健康服务。

我了解这些服务可能包括：

* 根据需要提供有关避孕、怀孕、健康怀孕和其他主题的生殖健康咨询；
* 提供避孕方法；
* 提供者诊察，以获得处方及接受体检；
* 性传播感染 (STI) 的检测和/或治疗；
* 宫颈癌、妊娠和/或其他健康问题的检测；及
* 转介以接受其他服务（如果需要）。

我了解所有服务将得到解释，并且我可以提出问题。

我了解我可能获得有关避孕方法的信息。我可以提问并拒绝我不想使用的任何避孕方法。

我了解，即使我未支付其他就诊的费用也不会被拒绝服务。

我了解这些服务不包括 24 小时护理，如果发生医疗紧急情况，我需要前往急诊室就诊并支付费用。

我了解我接受的服务和我的医疗记录是我的个人隐私，除非：

* 法官针对我的记录发出传票。(**insert AGENCY name**) 按照法律规定向法院提供记录。
* 如果我有可报告的疾病，(**insert AGENCY name**) 必须向俄勒冈州公共卫生部报告。
* 如果 (**insert AGENCY name**) 工作人员发现未满 18 岁的人士遭受身体和/或性虐待，他们必须向社会服务机构或执法机构报告。
* 我了解我可以选择不谈论敏感信息（例如性伴侣的年龄），即使这样做我仍会得到服务。

我了解如果我在这里获得生殖健康服务，我仍可以申请或获得其他计划提供的服务。如果我获得其他计划提供的服务，我仍可以在 (**insert AGENCY name**) 获得服务。

我，（我的正楷姓名）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，已阅读并理解上述信息，并且我同意从 (**insert AGENCY name**) 获得生殖健康服务。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **客户签名** |  | **日期** |  | **见证人** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **译者签名** |  | **日期** |