Tôi tự nguyện tìm đến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản từ (**insert AGENCY name**).

Tôi hiểu rằng các dịch vụ này có thể bao gồm:

* Tư vấn sức khỏe sinh sản về biện pháp ngừa thai, mang thai, sức khỏe thai kỳ, và các chủ đề khác khi cần;
* Cung cấp một biện pháp ngừa thai;
* Một lần thăm khám với bác sĩ để được kê toa thuốc hoặc có thể là khám tổng quát;
* Xét nghiệm và/hoặc điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục (sexually transmitted infections, hoặc STI);
* Xét nghiệm ung thư cổ tử cung, xét nghiệm thai và/hoặc các vấn đề sức khỏe khác; và
* Giới thiệu đến các dịch vụ khác, nếu cần.

Tôi hiểu rằng tôi sẽ được giải thích rõ ràng và đặt câu hỏi về tất cả các dịch vụ này.

Tôi hiểu rằng tôi có thể được cung cấp thông tin về các biện pháp ngừa thai. Tôi có thể đặt câu hỏi và từ chối mọi biện pháp ngừa thai mà tôi không muốn sử dụng.

Tôi hiểu rằng tôi sẽ không bị từ chối chăm sóc nếu tôi còn nợ tiền từ những lần thăm khám khác.

Tôi hiểu rằng các dịch vụ này không bao gồm dịch vụ chăm sóc 24 giờ và trong trường hợp khẩn cấp về y tế, tôi sẽ cần phải đến phòng cấp cứu và tự trả mọi chi phí.

Tôi hiểu rằng các dịch vụ tôi nhận được và hồ sơ y tế của tôi là thông tin riêng tư, ngoại trừ:

* Khi có thẩm phán ra trát lệnh lấy hồ sơ của tôi. Pháp luật yêu cầu (**insert AGENCY name**) phải cung cấp hồ sơ cho tòa án.
* Nếu tôi có bệnh cần phải báo cáo, (**insert AGENCY name**) bắt buộc phải báo cáo cho Bộ Y tế Công Oregon (Oregon State Public Health).
* Nếu nhân viên của (**insert AGENCY name**) phát hiện đã/đang xảy ra tình trạng lạm dụng thể chất và/hoặc lạm dụng tình dục với một người dưới 18 tuổi, họ phải báo cáo cho các cơ quan dịch vụ xã hội hoặc cơ quan thực thi pháp luật.
* Tôi hiểu rằng tôi có quyền không chia sẻ các thông tin nhạy cảm, chẳng hạn như độ tuổi của bạn tình của tôi, và tôi vẫn sẽ được nhận dịch vụ.

Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản ở đây, tôi vẫn có thể đăng ký hoặc nhận dịch vụ từ các chương trình khác. Nếu tôi nhận dịch vụ chăm sóc từ các chương trình khác, tôi vẫn có thể nhận dịch vụ tại (**insert AGENCY name**).

Tôi, (ghi rõ tên) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, đã đọc và hiểu thông tin trên đây, và tôi đồng ý nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản từ (**insert AGENCY name**).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Chữ ký của thân chủ**  |  | **Ngày** |  | **Nhân chứng** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Chữ ký của thông dịch viên**  |  | **Ngày** |