본인은 (**insert AGENCY name**)에서 제공하는 생식 건강 서비스를 자유 의사로 찾고 있습니다.

본인은 해당 서비스에 다음 사항이 포함될 수 있음을 이해합니다.

* 자녀 계획, 임신, 건강한 임신 및 기타 필요한 항목에 관한 생식 건강 상담
* 자녀 계획 방법 제공
* 처방전 및 가능한 신체 검진을 위한 의료 서비스 제공자의 방문
* 성매개감염병(STI)에 대한 검사 및/또는 치료
* 자궁경부암, 임신 및/또는 기타 건강 문제에 대한 검사
* 필요한 경우 추가 서비스 의뢰

본인은 모든 서비스에 대해 설명을 받고 질문할 수 있음을 이해합니다.

본인은 자녀 계획 방법에 관하여 정보를 받을 수 있음을 이해합니다. 본인은 질문을 할 수 있으며 원하지 않는 자녀 계획 방법을 거부할 수 있습니다.

본인은 다른 의료제공기관에 채무가 있는 경우에도 진료가 거부될 수 없음을 이해합니다.

본인은 이들 서비스가 24시간 진료를 포함하지 않으며, 응급 의료의 경우에는 본인이 응급실을 찾아 비용을 지불해야 함을 이해합니다.

본인은 본인이 받는 서비스 및 의료 기록이 다음을 제외하고 개인 정보임을 이해합니다.

* 판사가 본인 기록에 대해 소환장을 발부하는 경우. (**insert AGENCY name**)은(는) 법에 의해 이 기록을 법원에 제출해야 합니다.
* 본인에게 신고 대상 질병이 있는 경우 (**insert AGENCY name**)은(는) 해당 질병을 오리건주 공중 보건부(Oregon State Public Health)에 신고해야 합니다.
* (**insert AGENCY name**) 직원이 18세 미만인 자의 신체적 및/또는 성적 학대에 대해 알게 되는 경우, 이를 사회 복지 기관 또는 법 집행 기관에 신고해야 합니다.
* 본인은 성 관계 파트너의 연령과 같은 민감한 정보를 공개하지 않고 서비스를 계속 받을 수 있음을 이해합니다.

본인은 해당 기관에서 생식 건강 서비스를 받는 경우에도 다른 프로그램에서 서비스를 신청하거나 받을 수 있음을 이해합니다. 본인은 다른 프로그램에서 진료를 받는 경우에도 (**insert AGENCY name**)에서 계속 서비스를 받을 수 있습니다.

본인 (이름 정자체 기입) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(은)는 상기 정보를 읽고 이해했으며 (**insert AGENCY name**)에서 제공하는 생식 건강 서비스를 받는 데 동의합니다.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **의뢰인 서명** |  | **날짜** |  | **증인** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **통역사 서명** |  | **날짜** |