

ملاحظة: إن قرارك الذي تتخذه في أي وقت بعدم الخضوع للتعقيم لن يترتب عليه سحب أي مزايا مقدمة من البرامج أو المشروعات التي تتلقى تمويلًا فيدراليًا أو حرمانك من تلك المزايا.

الموافقة على التعقيم	
لقد طلبتُ معلومات عن التعقيم، وحصلت عليها، من: (الطبيب أو العيادة): . وحينما طلبتُ المعلومات لأول مرة من الطبيب أو العيادة، قيل لي إن قرار الخضوع للتعقيم يرجع إليّ تمامًا، وقيل لي إنني يمكنني أن أقرر عدم الخضوع للتعقيم. وإذا قررتُ عدم الخضوع للتعقيم، فلن يؤثر ذلك القرار على حقي في الحصول على الرعاية أو العلاج في المستقبل. ولن أحرّم من أي مساعدة أو مزايا مُقدّمة من البرامج التي تتلقى تمويلًا فيدراليًا، مثل برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو برنامج Medicaid، سواء كنت ألتقّاها حاليًا أو قد أصبح مؤهلًا لها لاحقًا. أدركُ أن التعقيم إجراء دائم لا يمكن التراجع عنه. وقد قررتُ أنني لا أرغب في الحمل، أو إنجاب الأطفال، أو أن أكون والداً لأطفال. وقد أبلغتُ بوجود وسائل مؤقتة لمنع الحمل يمكن توفيرها لي وستسمح لي بالإنجاب في المستقبل. لكنني رفضت هذه البدائل واخترت الخضوع للتعقيم.	
وأدركُ أنني سأخضع لعملية تعقيم تُعرّف باسم (نوع العملية):	
وقد شرحتُ لي الأعراض المزعجة لهذه العملية ومخاطرها وفوائدها. وأجيب عن جميع أسئلتني إجابة وافية. وأدركُ أن العملية لن تُجرى إلا بعد مرور 30 يومًا على الأقل من توقيعني على هذه الاستمارة. وأدركُ أنه بإمكانني تغيير قراري في أي وقت، وأنني إذا قررتُ في أي وقت عدم الخضوع للتعقيم فلن يؤدي ذلك إلى حرمانني من أي مزايا أو خدمات طبية تُقدّمها البرامج الممولة فيدراليًا.	
لا يقل سني عن 21 عامًا، وقد ولدت في (التاريخ)	، وأوافق أنا .
هذه الوثيقة، على الخضوع للتعقيم من جانب (الطبيب أو العيادة)	بإستخدام طريقة تُسمى .
وتظل موافقتي سارية لمدة 180 يومًا من تاريخ توقيعني أدناه. وأوافق أيضًا على الإفصاح عن هذه الاستمارة وعن السجلات الطبية الأخرى المتعلقة بالعملية: لممثلي إدارة خدمات الرعاية الصحية، أو موظفي البرامج أو المشاريع الممولة من الإدارة، ولكن ذلك فقط لغرض التحقق من الالتزام بقوانين الولاية والقوانين الفيدرالية. وقد تسلمت نسخة من هذه الاستمارة.	
الاسم بحروف واضحة:	
التوقيع:	التاريخ:
بيان المترجم الشفهي (في حالة الاستعانة بمترجم شفهي لمساعدة الشخص الذي سيخضع للتعقيم)	
لقد ترجمتُ المعلومات والنصائح المُقدّمة شفهيًا إلى الشخص الذي سيخضع للتعقيم من الشخص المسؤول عن الحصول على هذه الموافقة.	
وقد قرأت أيضًا استمارة الموافقة للشخص باللغة (اللغة)	وشرحتُ له محتواها. وقد فهم الشخص هذا الشرح، على حد علمي واعتقادي.
الاسم بحروف واضحة:	
توقيع المترجم الشفهي:	التاريخ:
بيان الشخص المسؤول عن الحصول على الموافقة	
قبل توقيع (اسم الشخص)	على استمارة الموافقة، شرحتُ له طبيعة عملية التعقيم (نوع العملية)
، وأنها إجراء نهائي لا رجعة فيه، كما شرحتُ له أعراضها المزعجة ومخاطرها وفوائدها.	
وقد أبلغتُ الشخص الذي سيخضع للتعقيم بأن هناك وسائل بديلة لمنع الحمل، وبأن تلك الوسائل مؤقتة. وأوضحْتُ له أن التعقيم يختلف عنها في أنه دائم. وأبلغتُ الشخص الذي سيخضع للتعقيم بأنه يمكنه سحب موافقته في أي وقت، وأن ذلك لن يؤثر على حصوله على أي خدمات صحية أو أي مزايا مُقدّمة بتمويل فيدرالي.	
على حد علمي واعتقادي، لا يقل سن الشخص عن 21 عامًا، ويبدو أنه يتمتع بالأهلية العقلية. وقد طلب الشخص عن علم وبكامل إرادته الخضوع للتعقيم، ويبدو أنه يفهم طبيعة العملية وعواقبها.	

توقيع الشخص المسؤول عن الحصول على الموافقة:	التاريخ:	المنشأة:
بيان الطبيب		
قبل وقت قصير من إجراء عملية التعقيم لـ (اسم الشخص): بتاريخ: شرحت له طبيعة عملية التعقيم (نوع العملية) ، وأوضحت له أنها إجراء نهائي لا رجعة فيه، كما شرحت له أعراضها المزعجة ومخاطرها وفوائدها. • وقد أبلغتُ الشخص الذي سيخضع للتعقيم بأن هناك وسائل بديلة لمنع الحمل، وبأن تلك الوسائل مؤقتة. • وأوضحتُ له أن التعقيم يختلف عنها في أنه دائم. • وأبلغتُ الشخص الذي سيخضع للتعقيم بأنه يمكنه سحب موافقته في أي وقت، وأن ذلك لن يؤثر على حصوله على أي خدمات صحية أو أي مزايا مُقدّمة بتمويل فيدرالي. • على حد علمي واعتقادي، لا يقل سن الشخص عن 21 عامًا، ويبدو أنه يتمتع بالأهلية العقلية. طلب الشخص عن علم وبكامل إرادته الخضوع للتعقيم، وبدأ أنه يفهم طبيعة العملية وعواقبها. (تعليمات بشأن استخدام فقرة نهائية بديلة: استخدم الفقرة الأولى الواردة أدناه إلا في حالة الولادة قبل الأوان أو جراحة البطن الطارئة التي يُجرى فيها التعقيم خلال أقل من 30 يومًا من تاريخ توقيع الشخص على استمارة الموافقة. وفي تلك الحالات، يجب استخدام الفقرة الثانية الواردة أدناه. اشطب الفقرة غير المستخدمة.) (1) لقد مرّ 30 يومًا على الأقل بين تاريخ توقيع الشخص على استمارة الموافقة هذه وتاريخ إجراء عملية التعقيم. (2) أُجري هذا التعقيم بعد أقل من 30 يومًا ولكن بعد مرور أكثر من 72 ساعة من تاريخ توقيع الشخص على استمارة الموافقة هذه بسبب الظروف التالية (ضع علامة في المربع المناسب واملأ المعلومات المطلوبة):		
الولادة قبل الأوان - الموعد المتوقع للولادة:	جراحة البطن الطارئة - صفّ الظروف:	التوقيع:
		التاريخ: