

불임수술 동의서

고지 사항: 언제든지 귀하가 불임수술을 받지 않기로 결정하는 경우, 연방 자금 지원 프로그램 또는 프로젝트에서 제공되는 어떠한 혜택도 중단 또는 보류되지 않습니다.

불임수술 동의서

본인은 불임수술에 대한 정보를 요청하고 관련 정보를 받았습니다. 요청 대상 (의사 또는 클리닉):

의사 또는 클리닉에 처음 정보를 요청했을 때, 불임수술 결정은 전적으로 제 선택이라는 설명을 들었습니다. 본인은 불임수술을 받지 않기로 결정할 수 있다는 안내를 받았습니다. 본인이 불임수술을 받지 않기로 결정하더라도, 그 결정은 향후 진료 또는 치료를 받을 권리에 영향을 미치지 않습니다. 또한 그러한 결정으로 인해 현재 받고 있거나 향후 받을 자격이 있을 수 있는 취약 가정을 위한 일시적 원조(Temporary Assistance for Needy Families, TANF) 또는 Medicaid와 같은 연방 자금 지원 프로그램의 지원이나 혜택을 받을 자격이 상실되지 않습니다.

본인은 불임수술이 영구적이며 되돌릴 수 없다는 점을 이해합니다. 본인은 임신 또는 출산하거나, 아버지가 되는 것을 원치 않는다는 결정을 내렸습니다. 또한 향후 자녀를 가질 수 있는 일시적인 피임 방법이 제공될 수 있다는 설명도 들었습니다. 본인은 그러한 대안적 방법을 거부하고 불임수술을 선택했습니다.

본인은 다음 수술 방법으로 불임수술을 받는다는 것을 이해합니다 (수술 유형):

해당 수술과 관련된 불편함, 위험 및 이점에 대해 설명을 들었습니다. 제가 한 모든 질문에 대해 충분한 답변을 받았습니다. 본인은 이 양식에 서명한 후 최소 30일이 지나야 수술이 시행된다는 점을 이해합니다. 또한 언제든지 달리 선택할 수 있으며, 불임수술을 받지 않기로 결정하더라도 연방 자금 지원 프로그램에서 제공되는 어떠한 혜택이나 의료 서비스도 보류되지 않는다는 점을 이해합니다.

본인은 21세 이상이며, 생년월일은 (날짜)

입니다. 본인

은(는) 자발적

의사에 따라 (의사 또는 클리닉)

을(를) 통해

방식으로 불임수술을

받는다는 데 동의합니다.

이 동의는 아래 서명일로부터 180일 후 만료됩니다. 또한 주 및 연방법 준수 여부를 판단하기 위한 목적에 한하여 이 양식 및 수술과 관련된 기타 의료 기록이 캘리포니아주 Department of Health Care Services(보건의료서비스국) 담당자 또는 해당 부서의 자금을 지원받는 프로그램이나 프로젝트의 직원에게 제공되는 것에 동의합니다. 본인은 이 양식의 사본을 수령했습니다.

이름(정자체로 작성):

서명:

날짜:

통역인 진술서(불임수술 대상자를 지원하기 위해 통역인이 제공된 경우)

본인은 이 동의서를 받는 사람이 불임수술 대상자에게 구두로 제공한 정보와 조언을 통역했습니다.

또한 본인은 이 동의서를 (언어) 로 불임수술 대상자에게 읽어주고 그 내용을 설명했으며, 본인의 지식과 신념에 비추어 볼 때 해당 대상자는 이 설명을 이해했습니다.

이름(정자체로 작성):

통역인 서명:

날짜:

동의를 받는 자의 진술서

(수술 대상자 성명) 님이 본 동의서에 서명하기 전에, 본인은 해당 대상자에게 (수술 유형)
불임수술의 특성, 이 수술이 영구적이며 되돌릴 수 없는 절차라는 점, 그리고 수술의 불편함,
위험 및 이점에 대해 설명했습니다.

본인은 수술 대상자에게 일시적인 대안적 피임 방법을 이용할 수 있다는 점을 안내했습니다. 또한 불임수술은 영구적이므로 다른 피임 방법과 다르다는 점도 설명했습니다. 본인은 수술 대상자에게 언제든지 동의를 철회할 수 있으며, 동의를 철회하더라도 연방 자금 지원 의료 서비스나 혜택을 상실하지 않는다는 점을 안내했습니다.

본인의 지식과 신념에 비추어 볼 때 수술 대상자는 21세 이상이며 정신적 판단 능력이 있는 것으로 보입니다. 수술 대상자는 충분한 이해를 기반으로 자발적 불임수술을 요청하였으며, 수술 절차의 특성과 결과를 이해하고 있는 것으로 보입니다.

동의를 받은 자의 서명:

날짜:

기관:

의사 진술서

본인은 수술일 **당일 (수술 대상자 성명)** **님에게 불임수술을**

시행하기 직전에, 불임수술 (수술 유형) 의 특성, 이 수술이 영구적이며 되돌릴 수 없는

절차라는 점, 그리고 이에 따른 불편함, 위험 및 이점에 대해 설명했습니다.

- 본인은 수술 대상자에게 일시적인 대안적 피임 방법을 이용할 수 있다는 점을 안내했습니다.
- 또한 불임수술은 영구적이므로 다른 피임 방법과 다르다는 점도 설명했습니다.
- 본인은 수술 대상자에게 언제든지 동의를 철회할 수 있으며, 동의를 철회하더라도 연방 자금 지원 의료 서비스나 혜택을 상실하지 않는다는 점을 안내했습니다.
- 본인의 지식과 신념에 비추어 볼 때 수술 대상자는 21세 이상이며 정신적 판단 능력이 있는 것으로 보입니다. 수술 대상자는 충분한 이해를 기반으로 자발적 불임수술을 요청하였으며, 수술 절차의 특성과 결과를 이해하고 있는 것으로 보입니다.

(마지막 단락 대체 옵션 사용 지침:

원칙적으로 아래 첫 번째 단락을 사용하되, 조산 또는 응급 복부 수술로 인해 동의서 서명일로부터 30일이 경과하기 전 불임수술이 시행되는 경우 두 번째 단락을 사용해야 합니다. 사용하지 않는 단락은 삭제하십시오.)

- (1) 이 동의서에 서명한 날짜와 불임수술 시행일 사이에는 최소 30일 이상이 경과하였습니다.
- (2) 다음과 같은 사유로 동의서 서명일로부터 72시간 이후, 30일 이내에 불임수술이 시행되었습니다(해당 항목에 체크하고 필요한 정보를 기재하십시오):

조산 - 수술 대상자의 예정
출산일:

음급 복부 수술 - 상황 설명:

서명:

날짜: