



# HOUSTON HEALTH DEPARTMENT

## CHẤP THUẬN ĐIỀU TRỊ Y TẾ CHO NGƯỜI VỊ THÀNH NIÊN NHẬN LIỆU PHÁP TRÁNH THAI

Thông tin của Bệnh Nhân Vị Thành Niên. Tất cả các tham chiếu đến "Bệnh Nhân Vị Thành Niên" trong mẫu Chấp Thuận này đề cập đến bệnh nhân có tên dưới đây.

Họ tên đầy đủ:
Ngày Sinh/Tuổi:
Số Bệnh Án:

### PHẦN A: CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH, NGƯỜI BẢO HỘ, NGƯỜI GIÁM HỘ, HOẶC NGƯỜI LỚN KHÁC

Tôi là (tích vào một ô):

- Phụ Huynh của Bệnh Nhân Vị Thành Niên.
- Người Bảo Hộ của Bệnh Nhân Vị Thành Niên.
- Người Giám Hộ của Bệnh Nhân Vị Thành Niên. Yêu cầu phải có bằng chứng về quyền giám hộ.
- Khác (nếu KHÔNG THỂ LIÊN LẠC ĐƯỢC với phụ huynh, người bảo hộ hoặc người giám hộ, hãy điền phần ở dưới)

Tên Viết In của (các) Phụ Huynh/Người Bảo Hộ, Người Giám Hộ, hoặc Người Lớn Khác

### **Chỉ điền phần này nếu KHÔNG THỂ LIÊN LẠC ĐƯỢC với phụ huynh, người bảo hộ hoặc người giám hộ**

Người có quyền chấp thuận điều trị y tế cho Bệnh Nhân Vị Thành Niên (phụ huynh/người bảo hộ/người giám hộ) không thể liên lạc được và không đưa ra thông báo không chấp thuận.

Tên của một hoặc cả hai phụ huynh/người giám hộ không thể liên lạc được là:

Căn cứ theo Chương 32.001 Bộ Luật Gia Đình Texas, tôi có thể chấp thuận điều trị y tế cho Bệnh Nhân Vị Thành Niên. Tôi là (chọn một):

- Ông/Bà
- Anh/Chị/Em đã trưởng thành của Bệnh Nhân Vị Thành Niên
- Cô/Chú/Bác đã trưởng thành của Bệnh Nhân Vị Thành Niên
- Người lớn chịu trách nhiệm cho Bệnh Nhân Vị Thành Niên theo lệnh của tòa án vị thành niên
- Tổ chức giáo dục được phép chấp thuận từ người có quyền chấp thuận
- Người chăm sóc/kiểm soát/quản lý được cho phép bằng văn bản để chấp thuận từ người có quyền chấp thuận
- Cán bộ thực thi pháp luật đang giám hộ trẻ vị thành niên cần được điều trị y tế ngay lập tức
- Nhân viên Ủy Ban Thanh Thiếu Niên Texas



## HOUSTON HEALTH DEPARTMENT

Tôi chấp thuận cho Sở Y Tế Thành Phố Houston cung cấp điều trị y tế bí mật cho Bệnh Nhân Vị Thành Niên, bao gồm đánh giá, xét nghiệm và điều trị thích hợp liên quan đến liệu pháp tránh thai (bao gồm thuốc, thiết bị kiểm soát sinh sản, hoặc Liệu Pháp Tránh Thai Sớm (Early Contraception, “EC”) (ví dụ: Kế Hoạch B) và các thuốc hormone levonorgestrel khác có bao gồm EC). Tôi cũng chấp thuận cho phép Bệnh Nhân Vị Thành Niên cung cấp thông tin và chấp thuận thực hiện liệu pháp tránh thai mà họ lựa chọn như là một phần của điều trị y tế bí mật và từ bỏ quyền của tôi để xem xét và ký mẫu chấp thuận đối với liệu pháp tránh thai mà Bệnh Nhân Vị Thành Niên chọn. Bệnh Nhân Vị Thành Niên sẽ được Sở Y Tế Thành Phố Houston cung cấp tờ thông tin trong đó liệt kê các rủi ro, lợi ích và các lựa chọn thay thế cho liệu pháp tránh thai hoặc các dịch vụ y tế khác. Bệnh Nhân Vị Thành Niên sẽ có cơ hội rà soát lại tờ thông tin và có cơ hội đặt câu hỏi liên quan đến liệu pháp tránh thai hoặc các dịch vụ y tế khác được khuyến nghị. Tôi hiểu rằng nếu xét nghiệm một số bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục cho kết quả dương tính, việc báo cáo kết quả dương tính cho các cơ quan y tế công cộng là bắt buộc theo luật pháp, và Sở Y Tế Thành Phố Houston sẽ chuyển kết quả dương tính. Bệnh Nhân Vị Thành Niên có thể được giới thiệu đến các cơ sở để chẩn đoán hoặc điều trị thêm, nếu cần. Tôi hiểu rằng nếu cần đến các cơ sở bên ngoài, tôi có trách nhiệm thực hiện và thanh toán chi phí dịch vụ chăm sóc y tế này. Bệnh Nhân Vị Thành Niên sẽ được thông báo về cách thức nhận dịch vụ chăm sóc trong trường hợp cấp cứu. Tôi sẽ không được bảo đảm về kết quả có thể thu được từ bất kỳ dịch vụ y tế nào mà Bệnh Nhân Vị Thành Niên có thể nhận từ Sở Y Tế Thành Phố Houston.

Tôi chấp thuận về việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của Bệnh Nhân Vị Thành Niên như được nêu trong Thông Báo Về Thực Hiện Quyền Riêng Tư của Sở Y Tế Thành Phố Houston và chấp thuận cho Bệnh Nhân Vị Thành Niên truy cập và/hoặc nhận các bản sao về thông tin sức khỏe của họ mà không cần sự chấp thuận của tôi được nêu trong Thông Báo Về Thực Hiện Quyền Riêng Tư của Sở Y Tế Thành Phố Houston. Bệnh Nhân Vị Thành Niên sẽ nhận bản sao Thông Báo Về Thực Hiện Quyền Riêng Tư và ký xác nhận rằng Bệnh Nhân Vị Thành Niên đã nhận được Thông Báo. Tôi hiểu rằng Bệnh Nhân Vị Thành Niên có quyền nhận các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí được nêu trong Thông Báo Về Không Phân Biệt Đối Xử mà Bệnh Nhân Vị Thành Niên sẽ nhận được. Tôi hiểu rằng tính bảo mật của Bệnh Nhân Vị Thành Niên có thể bị phá vỡ nếu Sở Y Tế Thành Phố Houston không thể liên lạc với bệnh nhân trong trường hợp nhận được kết quả xét nghiệm bất thường hoặc nghi ngờ hoặc phát hiện tình trạng đe dọa đến tính mạng.

Chấp thuận này bắt đầu có hiệu lực kể từ ngày ghi ở dưới và duy trì hiệu lực trừ khi có yêu cầu thu hồi bằng văn bản. Bất kỳ thu hồi nào đối với chấp thuận này đều không có hiệu lực đối với các dịch vụ điều trị y tế, bao gồm liệu pháp tránh thai, đã được cung cấp, hoặc bất kỳ hành động nào của Sở Y Tế Thành Phố Houston dựa trên chấp thuận này.

Tôi tuyên bố theo hình phạt về tội khai man rằng thông tin trên là đúng và chính xác.

\_\_\_\_\_  
Tên Viết In của Người Đưa Ra Chấp Thuận

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Tên Viết In của Nhân Viên

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký

\_\_\_\_\_  
Ngày



## HOUSTON HEALTH DEPARTMENT

### PHẦN B: CHẤP THUẬN CỦA BỆNH NHÂN VỊ THÀNH NIÊN

Tôi là (tích vào một ô):

- Người vị thành niên đã kết hôn.
- Người vị thành niên tự lập.
- Người từ 16 tuổi trở lên, sống riêng và tách biệt với phụ huynh, người bảo hộ, và/hoặc người giám hộ của mình, và tự mình quản lý các vấn đề tài chính.
- Người vị thành niên chưa kết hôn và là phụ huynh của một trẻ vị thành niên. Tôi có quyền giám hộ trẻ vị thành niên này và tôi có thể đưa ra chấp thuận đối với dịch vụ chăm sóc y tế dành cho trẻ vị thành niên của tôi. Tôi hiểu rằng tôi không thể chấp thuận điều trị cho mình, chỉ có thể chấp thuận điều trị cho trẻ vị thành niên của tôi.

**Tôi tuyên bố theo hình phạt về tội khai man rằng thông tin trên là đúng và chính xác.**

Tên Viết In của Bệnh Nhân Vị Thành Niên Chữ Ký và Ngày

---

Tên Viết In của Nhân Chứng Chữ Ký và Ngày

---