



Facility:

**MIRATIM I PËRGJITHSHËM
PËR MJEKIM
(GENERAL CONSENT FOR
TREATMENT)**

**NYC
HEALTH+
HOSPITALS**

Chart No.

Name

Unit

*(Patient Imprint Card)***FORM A**

***Për pacientët që kërkojnë shërbime si pacientë të shtruar, ambulatorë dhe në dhomat e urgjencës /
For patients seeking in-patient, out-patient and/or emergency room services.***

- Unë po kërkoj për kujdes mjekësor dhe Mjekim tek kjo qendër dhe jam dakord që të pranoj shërbimet të cilat mundet të përcaktojnë një konditë mjekësore, procedura për të trajtuar konditën time dhe shërbime dentare dhe mjekësor të zakonshme, duke përfshirë vaksinimet. Unë e kuptoj që këto shërbime do të më jepen nga mjekët, dentistët, infermierët, mamitë, ndihmësmjekët dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor, disa nga të cilët mundet të jenë në trajnim. Nuk më është dhënë ndonjë premtim përsa u përket rezultateve të shërbimeve që do të marr.
- Unë e kuptoj që Miratimi im që të pranoj këto shërbime do të jetë në efekt derisa unë të them që unë nuk kam më nevojë për këto shërbime ose kur Mjekimi im të plotësohet.
- Unë e kuptoj që Miratimi im që të pranoj këto shërbime është quajtur një Miratim i Përgjithshëm dhe që përfshin çfarëdo procedure ose mjekime rutinë siç janë marrja e gjakut, vizita mjekësore, menaxhimi i mjekimeve, marrja e grafive, përdorim i anesteziës lokale dhe procedura të tjera jo-invasive.

Nënshkrimi i pacientit ose prindit/kujdestarit ligjor të pacientit të mitur (Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient)	dhe	(and)	Ora (Time)	paradite (am) pasdite (pm)
	Data			
	(Date)			

If the patient cannot consent for him/herself, the signature of either the health care agent or legal guardian who is acting on behalf of the patient, or the patient's surrogate who is consenting to the treatment for the patient, must be obtained.

Nënshkrimi i përfaqësuesit të kujdesit shëndetësor/kujdestarit ligjor (Signature of Health Care Agent/Legal Guardian) (Place a copy of the authorizing document in the medical record)	dhe	(and)	Ora (Time)	paradite (am) pasdite (pm)
	Data			
	(Date)			

Nënshkrimi dhe lidhja familjare e zëvendësuesit (Signature and Relation of Surrogate)	dhe	(and)	Ora (Time)	paradite (am) pasdite (pm)
	Data			
	(Date)			

DËSHMITARI (WITNESS):

I, _____ am a staff member who is not the patient's physician or authorized health care provider and I have witnessed the patient or other appropriate person voluntarily sign this form.

Nënshkrimi dhe titulli i dëshmitarit (Signature and Title of Witness)	dhe	(and)	Ora (Time)	paradite (am) pasdite (pm)
	Data			
	(Date)			

PËRKTHYESI (INTERPRETER/TRANSLATOR): (To be signed by the interpreter/translator if the patient required such assistance)

To the best of my knowledge the patient understood what was interpreted/translated and voluntarily signed this form.

Nënshkrimi i përkthyesit (Signature of Interpreter/Translator)	dhe	(and)	Ora (Time)	paradite (am) pasdite (pm)
	Data			
	(Date)			