



Facility:

**NYC
HEALTH+
HOSPITALS**

Chart No.

Name

Unit

(Patient Imprint Card)

موافقة عامة بشأن تلقي المعالجة
(GENERAL CONSENT FOR TREATMENT)**FORM A****للمرضى الذين يتطلبون خدمات القسم الداخلي و/أو القسم الخارجي و/أو غرفة الطوارئ بالمستشفى /
For patients seeking in-patient, out-patient and/or emergency room services.**

1. أطلب الحصول على الرعاية والمعالجة الطبية في هذه المنشأة وأوافق على أن أقبل الخدمات التي قد تشخص حالة طبية، والإجراءات لمعالجة حالتي، و الرعاية الروتينية الطبية ورعاية الأسنان بما في ذلك التطعيم. وأفهم أن هذه الخدمات سيقوم بتقديمها لي أطباء، وأطباء أسنان، وممرضين ممارسين، وقابلات قانونيات، ومساعدين الأطباء، وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، حيث يكون بعضهم قيد التدريب. لم يُقدّم لي أي ضمانات بشأن نتائج الخدمات التي سألتفها.
2. وأفهم أن موافقتي على قبول الحصول على هذه الخدمات ستبقى نافذة المفعول ما لم أقول أنني لم أعد أريدها أو حتى تكتمل معالجتني.
3. وأفهم أن موافقتي لقبول هذه الخدمات ستتعرف بالموافقة العامة وأنها تتضمن أي إجراء أو معالجة (إجراءات أو معالجات) روتينية مثل سحب الدم، والكشف الصحي، وإعطاء الدواء (أو الأدوية)، والتصوير بالأشعة السينية، واستخدام التخدير الموضعي وغيرها من الإجراءات الغير باضعة التي لا تتضمن الشق والجراحة.

توقيع المريض (ة) أو والد / ولي الأمر الشرعي للمريض (ة) القاصر (ة) _____
 صباحاً (am) _____ و _____ التاريخ (Date)
 مساءً (pm) _____ الساعة (Time) (and)

(Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient)

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.

توقيع ممثل المريض (ة) لشؤون الرعاية الصحية / ولي أمر المريض (ة) _____
 صباحاً (am) _____ و _____ التاريخ (Date)
 مساءً (pm) _____ الساعة (Time) (and)

(Signature of Health Care Agent/Legal Guardian)
 (Place a copy of the authorizing document in the medical record)

توقيع الشخص البديل وصلة القرابة بالمريض (ة) _____
 صباحاً (am) _____ و _____ التاريخ (Date)
 مساءً (pm) _____ الساعة (Time) (and)

(Signature and Relation of Surrogate)

الشاهد (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.

توقيع ومسمى وظيفة الشاهد (Signature and Title of Witness) _____
 صباحاً (am) _____ و _____ التاريخ (Date)
 مساءً (pm) _____ الساعة (Time) (and)

المرجع الشفهي / المترجم التحريري (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.

توقيع المترجم الشفهي / المترجم التحريري (Signature of Interpreter/Translator) _____
 صباحاً (am) _____ و _____ التاريخ (Date)
 مساءً (pm) _____ الساعة (Time) (and)