



330058

Facility:

--

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
GÉNÉRAL POUR LES BESOINS D'UN
TRAITEMENT
(GENERAL CONSENT FOR TREATMENT)**

**NYC
HEALTH+
HOSPITALS**

Chart No.

Name

Unit

(Patient Imprint Card)

FORM A

Pour les patients nécessitant des services de soins en interne, en externe et/ou en salle d'urgence / For patients seeking in-patient, out-patient and/or emergency room services.

1. Je sollicite des soins médicaux et un traitement à cet établissement et j'accepte de recevoir les services pouvant diagnostiquer une pathologie, les procédures visant à traiter ma pathologie et des soins dentaires et médicaux de routine, y compris la vaccination. Je comprends que ces services me seront fournis par des médecins, des dentistes, des infirmiers, des sages-femmes, des auxiliaires médicaux et autres prestataires de soins de santé, dont certains peuvent être en formation. Je n'ai reçu aucune garantie quant aux résultats des services que je recevrai.
2. Je comprends que mon acceptation de ces services restera en vigueur à moins que je déclare ne plus souhaiter recevoir ces services ou tant que mon traitement n'est pas terminé.
3. Je comprends que mon acceptation de ces services est appelée « consentement général » et que celui-ci inclut tout traitement ou procédure de routine, tel que les prises de sang, les examens physiques, l'administration de médicaments, les radios, l'utilisation de l'anesthésie locale et autres procédures non invasives.

**Signature du patient ou du parent/tuteur légal du patient mineur
(Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor)**

et _____
Date _____ (and) _____ Heure _____ am

pm

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.

**Signature du prestataire de soins médicaux/tuteur légal/parent le plus proche
(Signature of Health Care Agent/Legal Guardian)
(Place a copy of the authorizing document in the medical record)**

et _____
Date _____ (and) _____ Heure _____ am

pm

**Signature et lien de parenté du substitut
(Signature and Relation of Surrogate)**

et _____
Date _____ (and) _____ Heure _____ am

pm

TÉMOIN (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.

Signature et civilité du témoin (Signature and Title of Witness)

et _____
Date _____ (and) _____ Heure _____ am

pm

INTERPRÈTE/TRADUCTEUR (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.

Signature de l'interprète/du traducteur (Signature of Interpreter/Translator)

et _____
Date _____ (and) _____ Heure _____ am

pm