



Facility:

[Empty box for Facility name]

Chart No.

Name

Unit

(Patient Imprint Card)

치료 일반 동의서 (GENERAL CONSENT FOR TREATMENT)

FORM A

입원, 외래 및/또는 응급실 서비스 이용 환자용./ For patients seeking in-patient, out-patient and/or emergency room services.

- 1. 저는 이 시설에서 의학적 관리 및 치료를 받고자 하며, 의학적 증상, 저의 증상을 치료하기 위한 처치, 예방 접종을 포함한 일상적인 치료 및 의학적 관리를 진단할 수 있는 서비스를 받아들일 것에 동의합니다.
2. 저는 제가 이 서비스를 더 이상 원하지 않는다고 말하지 않는 한, 또는 제 치료가 완료될 때까지, 이 서비스를 받아들인다는 저의 동의는 계속 유효한 채로 유지될 것임을 이해합니다.
3. 저는 이 서비스를 받아들일겠다는 저의 동의가 일반 동의라고 불리며, 여기에는 채혈, 신체검사, 약품(들)의 투여, X선 촬영, 부분 마취 사용 및 기타 비침습적 처치 등 모든 일상적인 처치(들), 또는 치료(들)이 포함됨을 이해합니다.

환자 또는 미성년자 환자의 부모/법적 후견인 서명 (Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient) 날짜 (Date) 및 (and) 시간 (Time) 오전 (am) 오후 (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.

의료 대행인/법적 후견인 서명 (Signature of Health Care Agent/Legal Guardian) 날짜 (Date) 및 (and) 시간 (Time) 오전 (am) 오후 (pm) (Place a copy of the authorizing document in the medical record)

대리인 서명 및 관계 (Signature and Relation of Surrogate) 날짜 (Date) 및 (and) 시간 (Time) 오전 (am) 오후 (pm)

증인 (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.

증인 서명 및 직함 (Signature and Title of Witness) 날짜 (Date) 및 (and) 시간 (Time) 오전 (am) 오후 (pm)

통역자/번역자 (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.

통역자/번역자 서명 (Signature of Interpreter/Translator) 날짜 (Date) 및 (and) 시간 (Time) 오전 (am) 오후 (pm)