



Facility:

[Empty box for Facility name]

Chart No.

Name

Unit

(Patient Imprint Card)

**ОБЩЕЕ СОГЛАСИЕ НА
ЛЕЧЕНИЕ
(GENERAL CONSENT
FOR TREATMENT)**

FORM A

Для пациентов, обратившихся за амбулаторной, стационарной и/или неотложной медицинской помощью / For patients seeking in-patient, out-patient and/or emergency room services.

1. Я обращаюсь в данное учреждение за медицинской помощью и лечением и согласен (а) на получение услуг, которые могут включать диагностику заболевания, лечебные процедуры, а также плановое стоматологическое и медицинское обслуживание, включая вакцинацию. Я понимаю, что эти услуги оказывают врачи, стоматологи, практикующие медсёстры, акушеры, ассистенты врачей и иные поставщики медицинских услуг; некоторые из них, возможно, ещё проходят обучение. Мне не предоставили каких-либо гарантий, касающихся результатов обслуживания, которое я буду получать.
2. Я понимаю, что моё согласие на получение данных услуг будет действительно до тех пор, пока я не откажусь от них либо пока не завершится мое лечение.
3. Я понимаю, что мое согласие на получение данных услуг называется «Общее согласие» и включает в себя стандартные процедуры или методы лечения, например: анализ крови, медицинский осмотр, приём лекарственных препаратов, рентгеноскопия, местная анестезия и прочие неинвазивные процедуры.

 Подпись пациента или родителя/законного опекуна несовершеннолетнего пациента
 (Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient)

_____ и _____ утра (am)
 Дата (Date) (and) Время (Time) вечера (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.

 Подпись доверенного лица по вопросам медицинского обслуживания или законного опекуна
 (Signature of Health Care Agent/Legal Guardian)
 (Place a copy of the authorizing document in the medical record)

_____ и _____ утра (am)
 Дата (Date) (and) Время (Time) вечера (pm)

 Подпись представителя с указанием степени родства
 (Signature and Relation of Surrogate)

_____ и _____ утра (am)
 Дата (Date) (and) Время (Time) вечера (pm)

СВИДЕТЕЛЬ (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.

 Подпись и должность свидетеля (Signature and Title of Witness)

_____ и _____ утра (am)
 Дата (Date) (and) Время (Time) вечера (pm)

УСТНЫЙ/ПИСЬМЕННЫЙ ПЕРЕВОДЧИК (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.

 Подпись устного/письменного переводчика (Signature of Interpreter/Translator)

_____ и _____ утра (am)
 Дата (Date) (and) Время (Time) вечера (pm)