



Facility:

**NYC
HEALTH+
HOSPITALS**

Chart No.

Name

Unit

(Patient Imprint Card)

علاج کی عام اجازت (GENERAL CONSENT FOR TREATMENT)

FORM A

بہتال میں داخل مریض، باہر سے آنے والے مریض اور / یا ایمرجنسی کمرے کی خدمات کے طالب مریضوں کے لئے /
For patients seeking in-patient, out-patient and/or emergency room services.

1. میں اس سہولت گاہ میں طبی نگہداشت اور علاج کی درخواست کر رہا / رہی ہوں نیز میں کسی ممکنہ طبی حالت کی تشخیص کرنے والی خدمات، اپنی حالت کا علاج کروانے کے طریقہ ہائے عمل اور معمول کی دانتوں کی اور طبی نگہداشت، بشمول ٹیکہ لگانے کی حامی بھرتا / بھرتی ہوں۔ مجھے اس بات کا ادراک ہے کہ مجھے یہ خدمات معالجین، دندان ساز، نرس پریکٹیشنرز، دائیاں، معاون معالجین اور دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندگان فراہم کریں گے، کہ جن میں سے بعض زیر تربیت بھی ہو سکتے ہیں۔ جو خدمات مجھے ملیں گی ان کے نتائج کے سلسلے میں مجھے کسی بھی قسم کی کوئی ضمانت نہیں دی گئی ہے۔
2. مجھے اس بات کا ادراک ہے کہ میرے یہ کہنے تک کہ مجھے مزید یہ خدمات نہیں چاہئیں یا یہ کہنے تک کہ میرا علاج مکمل ہو گیا ہے میرا ان خدمات کو قبول کرنے کا معاہدہ بدستور نافذ العمل رہے گا۔
3. مجھے اس کا ادراک ہے کہ میرے ان خدمات کو قبول کرنے کے میرے معاہدے کو ایک عام اجازت کہا جاتا ہے نیز یہ کہ ان میں ہر قسم کا / کے معمول کا طریق عمل (کے طریقہ ہائے عمل) یا علاج (علاجوں) جیسے خون لینا، جسمانی جانچ، دوا (ؤں) کا اہتمام، ایکسریز نکالنا، مخصوص مقام پر دوا یا انجیکشن لگا کر بے ہوش کرنے کے عمل اور دیگر غیر جراحی طریقہ ہائے عمل سے استفادہ شامل ہیں۔

صبح (am) _____ اور _____
شام (pm) _____ وقت (Time) (and) تاریخ (Date)

مریض یا نابالغ مریض کے والد یا والدہ / قانونی سرپرست کے دستخط
(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.

صبح (am) _____ اور _____
شام (pm) _____ وقت (Time) (and) تاریخ (Date)

نگہداشت صحت ایجنٹ / قانونی سرپرست کے دستخط
(Signature of Health Care Agent/Legal Guardian)
(Place a copy of the authorizing document in the medical record)

صبح (am) _____ اور _____
شام (pm) _____ وقت (Time) (and) تاریخ (Date)

قائم مقام کے دستخط اور ان سے رشتہ
(Signature and Relation of Surrogate)

گواہ (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.

صبح (am) _____ اور _____
شام (pm) _____ وقت (Time) (and) تاریخ (Date)

گواہ کے دستخط اور کلمہ خطاب (Signature and Title of Witness)

(To be signed by the interpreter/translator if the patient required such assistance) **ترجمان / مترجم (INTERPRETER/TRANSLATOR):** To the best of my knowledge the patient understood what was interpreted/translated and voluntarily signed this form.

صبح (am) _____ اور _____
شام (pm) _____ وقت (Time) (and) تاریخ (Date)

ترجمان / مترجم کے دستخط (Signature of Interpreter/Translator)