



Mount Sinai Health System

New York

CONSENT TO SURGERY/PROCEDURE/ TREATMENT AND ANESTHESIA



Name, DOB, MRN fields

1. I hereby authorize ... and ... and those associates or assistants designated to perform upon ... the following treatments, surgeries, procedures (referred to as "Procedure") to include:

A team of medical professionals will work together to perform my Procedure. My Attending Physician/Privileged Provider, or other Designated Privileged Provider, will be present for all critical parts of the Procedure.

- 2. The Attending Physician/Privileged Provider above ... has fully explained to me, in my preferred language what will happen during and after my care...
3. I understand that during the course of the above proposed Procedure something unexpected may come up...
4. I understand that my medical professional may provide me with medications to keep me comfortable and safe...
5. If applicable, I agree that I may need blood or blood product transfusions...
6. If applicable, I agree that organs, tissues, implants, or other body fluids may be removed...
7. If applicable, I agree to allow the recording of images and sound of this Procedure...
8. If applicable, I agree to allow authorized observers into the operating or treatment room.
9. I have marked the portions of the document I do not agree to.

Patient,* Guardian or Representative**

Print name Signature Date Time Relationship or "self"

Signature Witness

Print name Signature Date Time [] Witnessed Patient confirming signature (check box if applicable)

Preferred Language Interpreter

Name or Number Print name and/or number Signature (if present) Date Time [] Patient refused interpreter (check box if applicable)

[] Telephone/Video Consent (Check box if applicable), Patient/Guardian/Representative**/Interpreter signature not required.

The Attending Physician or Privileged Provider who is performing the procedure must sign the certification below.

I, the Attending Physician or Privileged Provider, hereby certify that the nature, purpose, benefits, risks of, and alternatives to the proposed Procedure have been explained to the patient/guardian/representative** and I have offered to answer any questions and have fully answered all such questions.

Print name Attending Physician/Privileged Provider Signature Date Time

If more than thirty days have passed since this consent form was signed or the consent conversation was held:

I, the Attending Physician or Privileged Provider, have reaffirmed the patient/guardian/representative's** understanding and certify that there has been no substantial change to the patient's condition in the time period since the consent form was signed.

Print name Attending Physician/Privileged Provider Signature Date Time

* The signature of the patient must be obtained unless the patient is under the age of 18 or incompetent.

** Throughout this document, the term "representative" refers to a legally authorized representative.

NOTE: THIS DOCUMENT MUST BE MADE PART OF THE PATIENT'S MEDICAL RECORD.



Mount Sinai Health System

New York

수술/시술/치료 및 마취 동의서



Name
DOB
MRN

1. 본인은 _____ 및 _____ 및 그 동료
 _____ 주치의/의료진 _____ 동료 외과의/의료진

또는 이를 위해 지명된 보조인이 _____ 에게 다음 치료, 수술, 시술(이하 “시술”)을 시행하며
 _____ 환자 이름 또는 “Me(본인)”
 이에는 다음을 포함하는 것을 허가합니다. _____

전문 의료팀은 본인의 시술을 위해 협업할 것입니다. 본인의 주치의/의료진 또는 기타 지정된 의료진은 시술의 모든 주요 부분에 참석할 것입니다. 본인은 주치의 또는 의료진이 적절하다고 판단하는 경우 다른 의료 전문가가 시술의 일부를 담당할 수 있음을 이해합니다.

- 위의 주치의/의료진(또는 지정인, 해당 없는 경우 공백으로 남길 것: _____)은 회복 기간 중 추가 시술 및/또는 처방받을 약물을 포함하여 진료 중 및 진료 후 일어날 일에 대해 본인이 선호하는 언어로 온전히 설명을 전달했습니다. 또한 본 치료의 잠재적 위험, 이점, 대체 방안에 대해서도 논의했습니다. 추가로 본인은 의료 및 안전 개선을 목적으로 영상 또는 녹음을 하거나 장기, 조직, 삽입물 또는 체액을 제거, 검사 및 보관할 수 있음을 이해합니다. 이와 같은 기록이 폐기될 때는 일반적인 관행에 따라 처리될 것입니다. 또한 본인은 의료 서비스를 위해 필요한 기술 또는 공급업체 지원 담당자의 수술실 출입에 동의합니다. 본인은 제안된 목표의 실행 가능성과 제안된 치료를 받지 않는 선택까지를 포함해 제안된 치료 계획에 대한 합리적인 대체 방안에 대한 설명을 들었습니다. 본인은 질문할 수 있는 기회가 주어졌으며, 모든 질문에 만족스러운 답변을 받았습니다.
- 본인은 위의 제안된 시술을 진행하는 과정에서 예상치 못한 상황으로 인해 다른 절차가 필요할 수도 있음을 이해합니다. 본인은 위에 명시된 의사 또는 동료/보조인/의료진이 필요하다고 판단할 수 있는 추가 시술에 동의합니다.
- 본인은 담당 의료진이 편안하고 안전한 상태를 유지하기 위해 마취제/진정제/진통제 등의 약물을 제공할 수 있음을 이해합니다. 본인은 담당 의료진이 치료 전에 이와 같은 약물의 위험성, 이점, 대체 방안에 대해 설명했으며, 설명할 것임을 이해합니다.
- 본인은 해당하는 경우 철로의 일환으로 수혈 또는 혈액 제제 수혈이 필요할 수도 있음을 이해합니다. 본인은 담당 의료진이 수혈과 혈액 제제 수혈의 위험성, 이점, 대체 방안을 설명했음에 동의합니다.
 본인은 수혈 또는 혈액 제제 수혈과 관련한 위의 내용에 동의하지 않습니다.
- 본인은 해당하는 경우 과학적 또는 교육적 목적으로 장기, 조직, 삽입물 또는 기타 체액을 제거, 검사 및 보관할 수 있음에 동의합니다. 본인은 본인의 신원이 기밀로 유지되고 본인 신체의 일부는 일반적인 관행에 따라 처리될 것임을 이해합니다.
 본인은 과학적 또는 교육적 목적을 위한 장기, 조직, 삽입물 및 체액과 관련한 위의 내용을 동의하지 않습니다.
- 본인은 해당하는 경우 발표 및 출판물 등의 교육적 목적을 위한 본 시술의 영상 및 소리 녹음에 동의합니다. 본인은 본인의 신원이 기밀로 유지될 것임을 이해합니다.
 본인은 교육적 목적을 위한 사진 및 소리 녹음과 관련한 위의 내용에 동의하지 않습니다.
- 본인은 해당하는 경우 허가를 받은 참관인의 수술실 또는 치료실 출입에 동의합니다.
 본인은 참관인과 관련한 위의 내용에 동의하지 않습니다.
- 본인은 본 문서에서 동의하지 않는 내용에 표시했습니다.

환자,* 후견인 또는 대리인**

이름(정자체)	서명	날짜	시간	관계 또는 “본인”
---------	----	----	----	------------

증인 서명

이름(정자체)	서명	날짜	시간	<input type="checkbox"/> 환자가 서명하는 것을 목격함 (해당 사항에 체크)
---------	----	----	----	--

선호 언어 통역사 이름 또는 번호

이름(정자체) 및/또는 번호	서명(참석한 경우)	날짜	시간	<input type="checkbox"/> 환자가 통역사를 거부함 (해당 사항에 체크)
-----------------	------------	----	----	---

전화/영상 동의(해당 사항에 체크), 환자/후견인/대리인**/통역사 서명 불필요.

▶ **The Attending Physician or Privileged Provider who is performing the procedure must sign the certification below.**

I, the Attending Physician or Privileged Provider, hereby certify that the nature, purpose, benefits, risks of, and alternatives to the proposed Procedure have been explained to the patient/guardian/representative** and I have offered to answer any questions and have fully answered all such questions. I believe that the patient/guardian/representative** fully understands what I have explained and answered. In the event that I was not present when the patient signed this form, I understand that the form is only documentation that the informed consent process took place. I remain responsible for having obtained consent from the patient.

Print name

Attending Physician/Privileged Provider Signature

Date

Time

▶ **If more than thirty days have passed since this consent form was signed or the consent conversation was held:**

I, the Attending Physician or Privileged Provider, have reaffirmed the patient/guardian/representative's** understanding and certify that there has been no substantial change to the patient's condition in the time period since the consent form was signed.

Print name

Attending Physician/Privileged Provider Signature

Date

Time

* 환자가 18세 미만이거나 신체 능력이 없는 경우를 제외하고 환자의 서명은 필수입니다.

** 본 문서에서 “대리인”은 법적으로 허가를 받은 대리인을 지칭합니다.

NOTE: THIS DOCUMENT MUST BE MADE PART OF THE PATIENT'S MEDICAL RECORD.