



**Mount Sinai Health System**  
 New York  
**CONSENT TO SURGERY/PROCEDURE/  
 TREATMENT AND ANESTHESIA**



Name .....
DOB .....
MRN .....

1. I hereby authorize \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ and those associates  
*Attending Physician/Privileged Provider* *Co-Surgeon/Privileged Provider*  
 or assistants designated to perform upon \_\_\_\_\_ the following treatments, surgeries, procedures  
*Name of Patient or "Me"*  
 (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. I understand that other medical professionals may perform some parts of the Procedure as my doctor or the Designated Privileged Provider deems appropriate.

- The Attending Physician/Privileged Provider above (or their designee, if n/a leave blank: \_\_\_\_\_) has fully explained to me, in my preferred language what will happen during and after my care, including any additional Procedures, and/or medications I will receive, including during my recovery. They have also discussed the potential risks, benefits, and alternatives of this care. I further understand that images or sound recordings may be taken or organs, tissues, implants, or body fluids may be removed, examined, and retained for the purposes of medical care and safety improvements. If these are disposed of, it will be done according to our usual practices. I also agree to allow the presence of necessary technical or vendor support persons into the Procedure room for the purposes of my medical care. I have been informed of the likelihood of achieving the proposed goals and the reasonable alternatives to the proposed plan of care including not receiving the proposed treatments. I have been given an opportunity to ask questions, and all my questions have been answered to my satisfaction.
- I understand that during the course of the above proposed Procedure something unexpected may come up and I may need a different Procedure. I consent to the additional Procedure which the above-named physician or their Associates/Assistants/Designated Privileged Providers may consider necessary.
- I understand that my medical professional may provide me with medications to keep me comfortable and safe such as anesthetics/sedatives/analgesics. I understand that my medical professional has or will speak to me about the risks, benefits, and alternatives to these medicines before my treatment.
- If applicable, I agree that I may need blood or blood product transfusions as part of my medical treatment. I agree that my medical professional has spoken to me about the risks, benefits, and alternatives to receiving blood and blood products.  
 I decline the above regarding blood or blood product transfusions.
- If applicable, I agree that organs, tissues, implants, or other body fluids may be removed, examined and kept for scientific or educational purposes. I understand that my identity will be kept private and these are handled, stored, and if disposed of will be done according to our usual practices.  
 I decline the above regarding organs, tissue, implants, and body fluids for scientific or educational purposes.
- If applicable, I agree to allow the recording of images and sound of this Procedure for educational purposes such as presentations and publications. I understand that my identity will be kept private.  
 I decline the above regarding pictures and sound recordings for educational purposes.
- If applicable, I agree to allow authorized observers into the operating or treatment room.  
 I decline the above regarding observers.
- I have marked the portions of the document I do not agree to.

**Patient,\* Guardian or Representative\*\***

_____	_____	_____	_____	_____
<i>Print name</i>	<i>Signature</i>	<i>Date</i>	<i>Time</i>	<i>Relationship or "self"</i>

**Signature Witness**

_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Witnessed Patient confirming signature (check box if applicable)
<i>Print name</i>	<i>Signature</i>	<i>Date</i>	<i>Time</i>	

**Preferred Language Interpreter**

_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Patient refused interpreter (check box if applicable)
<i>Print name and/or number</i>	<i>Signature (if present)</i>	<i>Date</i>	<i>Time</i>	

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. 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.

_____	_____	_____	_____
<i>Print name</i>	<i>Attending Physician/Privileged Provider Signature</i>	<i>Date</i>	<i>Time</i>

► **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.

_____	_____	_____	_____
<i>Print name</i>	<i>Attending Physician/Privileged Provider Signature</i>	<i>Date</i>	<i>Time</i>

\* 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.**



Name .....  
DOB .....  
MRN .....

1. أوافق بموجب هذا \_\_\_\_\_ و \_\_\_\_\_  
جراح مشارك/مقدم الخدمة المتميز الطبيب المعالج/مقدم الخدمة المتميز وأولئك المساعدين

أو المساعدين المعيّنين لأداء علي \_\_\_\_\_  
اسم المريض أو "أنا"  
(يشار إلى هذا باسم "الإجراء") ليشمّل:

سيعمل فريق من الأطباء المتخصصين معًا لتنفيذ الإجراء لدي. ويكون الطبيب المعالج/مقدم الخدمة المتميز أو مقدم الخدمة المتميز المعين الآخر حاضرًا في جميع الأجزاء المهمة من الإجراء. إنني أدرك أن المتخصصين الطبيين الآخرين قد يقومون ببعض أجزاء من الإجراء حسبما يراه طبيبي أو مقدم الخدمة المتميز المعين مناسبًا.

2. لقد شرح لي الطبيب المعالج/مقدم الخدمة المتميز المذكور أعلاه (أو من ينوب عنه، أما إذا لم كان لا ينطبق فاترك الحقل فارغًا): \_\_\_\_\_  
بالكامل وبلغتي المفضلة، ما سيحدث أثناء وبعد رعايتي، بما في ذلك أي إجراءات إضافية و/أو أدوية سأتلقاها، بما في ذلك أثناء فترة التعافي لدي. وقد ناقشنا أيضًا المخاطر والفوائد والبدائل المحتملة لهذه الرعاية. وأدرك أيضًا أنه قد تُلتقط صورًا أو قد تُسجل تسجيلات صوتية أو تُزال الأعضاء أو الأنسجة أو الغرسات أو سوائل الجسم وفحصها والاحتفاظ بها لأغراض الرعاية الطبية وتحسينات السلامة. وفي حالة التخلص منها، فسيتم ذلك وفقًا لممارساتنا المعتادة. وأوافق أيضًا على السماح بحضور الأشخاص اللازم حضورهم من الناحية الفنية أو حضور الأشخاص الداعمين لمزود الخدمة في غرفة العمليات لأغراض الرعاية الطبية الخاصة بي. كما أنني أبلغت باحتمالية تحقيق الأهداف المقترحة والبدائل المعقولة لخطة الرعاية المقترحة بما في ذلك عدم تلقي العلاجات المقترحة. وأتحت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتم الرد على جميع أسئلتني بشكل كافٍ.

3. أدرك أنه خلال الإجراء المقترح أعلاه قد يحدث شيئًا غير متوقع وقد أحتاج إلى إجراء مختلف. وأوافق على الإجراء الإضافي الذي قد يراه الطبيب المذكور أعلاه أو مساعده/معاونوه/مقدمو الخدمات المتميزون المعينون لازمًا.

4. أدرك أن الأخصائي الطبي لدي قد يزودني بالأدوية التي تجعلني أشعر بالراحة والأمان، مثل أدوية التخدير/المهدئات/المسكنات. كما أنني أدرك أن الأخصائي الطبي لدي قد تحدث معي أو سيحدث معي حول مخاطر وفوائد وبدائل هذه الأدوية قبل علاجي.

5. أوافق على أنني قد أحتاج إلى عمليات نقل الدم أو منتجات الدم كجزء من علاجي الطبي إذا كان ذلك ينطبق. كما أنني أوافق على أن الأخصائي الطبي لدي قد تحدث معي حول المخاطر والفوائد والبدائل لتلقي الدم ومنتجات الدم.

أرفض ما ورد أعلاه فيما يتعلق بعمليات نقل الدم أو منتجات الدم.

6. أوافق على أنه يجوز إزالة الأعضاء أو الأنسجة أو الغرسات أو سوائل الجسم الأخرى وفحصها والاحتفاظ بها لأغراض العلمية أو التعليمية إذا كان ينطبق. وأدرك أن هويتي ستظل خاصة وسيتم التعامل مع الأشياء وتخزينها، وإذا تم التخلص منها فسيتم ذلك وفقًا لممارساتنا المعتادة.

أرفض ما سبق فيما يتعلق بالأعضاء والأنسجة والغرسات وسوائل الجسم لأغراض علمية أو تعليمية.

7. أوافق على السماح بتسجيل الصور والصوت لهذا الإجراء للأغراض التعليمية مثل العروض التقديمية والمنشورات إذا كان ينطبق. أدرك أن هويتي ستبقى خاصة.

أرفض ما سبق فيما يتعلق بالصور والتسجيلات الصوتية للأغراض التعليمية.

8. أوافق على السماح للمراقبين المعتمدين بالدخول إلى غرفة العمليات أو العلاج إذا كان ينطبق.

أرفض ما ورد أعلاه فيما يتعلق بالمراقبين.

9. لقد وضعت علامة على أجزاء الوثيقة التي لا أوافق عليها.

المريض\* الوصي  
أو الممثل عنه\*\*

الإسم بأحرف واضحة	التوقيع	التاريخ	الوقت	العلاقة أو "الذات"
الإسم بأحرف واضحة	التوقيع	التاريخ	الوقت	شاهد المريض يؤكد التوقيع (ضع علامة في المربع إذا كان ينطبق)
الإسم وأو رقم هوية المترجم الفوري	التوقيع (إن وجد)	التاريخ	الوقت	رفض المريض المترجم الفوري (ضع علامة في المربع إذا كان ينطبق)

موافقة الهاتف/الفيديو (ضع علامة في المربع إذا كان ينطبق)، توقيع المريض/الوصي/الممثل\*\*/توقيع المترجم غير مطلوب.

► **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

\* يجب توقيع المريض إلا إذا كان عمر المريض أقل من 18 عامًا أو فاقدًا للأهلية.  
\*\* يشير مصطلح "الممثل" في هذه الوثيقة إلى الممثل المفوض قانونًا.

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