

	Signature / Thumb Impression* हस्ताक्षर / अंगुठे का निशान	Name / नाम	Date / तारीख	Time / समय
Patient / रोगी				
Surrogate / Guardian (if applicable) अभिभावक / पालक (यदी लागू हो)		(Write name & relationship with patient) (अपना नाम और रोगी के साथ संबंध लिखें)		

Reason for surrogate consent अभिभावक के सहमति का कारण	Patient is unable to give consent because : रोगी सहमति देने में असक्षम है क्योंकि : <i>pt is on ventilator</i>			
Witness / गवाह	<i>[Signature]</i>	<i>Pournima Kiran Taware</i>	<i>11/10/2024</i>	<i>2:25pm</i>
Interpreter (if applicable) अनुवादक (यदी लागू हो)				

* Right Hand for Males & Left Hand for Females # only if Patient is a minor or unable to give consent
* पुरुषों के लिए दाहिना हाथ और महिलाओं के लिए बाएं हाथ # केवल अगर रोगी नाबालिग है या सहमति देने में असमर्थ है ।

I, the under signed Doctor, have explained the nature, potential risk and complication, expected benefits, expected post anesthesia, recovery and possible alternative to the patient/patients representative. I am confident that he/she has understood the information provided in this document.
मैं, निचे दिए डॉक्टरने, प्रकृति, संभावित जोखिम और जटिलताओं, अपेक्षितलाभ, एनेस्थीसिया के बाद अपेक्षितओं, पुनः प्राप्ति और संभवतः विकल्प को रोगी / रोगी के प्रतिनिधिको समझाया है, मुझे विश्वास है कि उन्होंने इस दस्तावेज में दी गई जानकारी को समझलिया है ।

Name of Anesthesiologist:
अनेस्थीसिओलॉजिस्ट का नाम :

[Signature]
हस्ताक्षर :

Date/Time:
तारीख/समय : *11/10/2024*
2:25PM