




	Signature / Thumb Impression* हस्ताक्षर / अंगुठे का निशान	Full Name / पुरा नाम	Date / दिनांक	Time / समय
Patient / मरीज				
Surrogate / Guardian/ Relative (If applicable) अभिभावक / पालक / रिश्तेदार (यदी लागू हो)	1.	(Write relationship with patient) (रुग्ण के साथ संबंध लिखें)		
	2.	(Write relationship with patient) (रुग्ण के साथ संबंध लिखें)		
Interpreter (If applicable) दुभाषिया (यदी लागू हो)				

Reason for surrogate consent सुरोगेट सहमति का कारण	Patient is unable to give consent because/ is a Minor रुग्ण सहमति देने में असमर्थ है क्योंकि / वह नाबालिग है :		Date / दिनांक	Time / समय
Surrogate / Guardian/ Relative or Witness (Tick whichever applicable) सुरोगेट/अभिभावक/ रिश्तेदार या गवाह (जो लागू हो उस पर निशान लगाएं)	1. 	Write relationship with patient रुग्ण के साथ संबंध लिखें.	5/11/2024	10:27 AM
	2.	Write relationship with patient रुग्ण के साथ संबंध लिखें.		
Interpreter (If applicable) अनुवादक (यदी लागू हो)				

* Right Hand for Males & Left Hand for Females. | पुरुषों के लिए दायें हाथ और महिलाओं के लिए बायां हाथ ।

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, हस्ताक्षरित डॉक्टरने, प्रकृति, संभावित जोखिम और जटिलताओं, अपेक्षित लाभ, एनेस्थीसिया के बाद अपेक्षित 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:  Signature:  Date/Time: 5/11/24
अनेस्थीसिओलॉजिस्ट का नाम : हस्ताक्षर : तारीख/समय : 10:54 pm