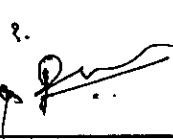


	Signature / Thumb Impression* हस्ताक्षर / अंगुठे का निशान	Full Name / पुरा नाम	Date / दिनांक	Time / समय
Patient / मरीज				
Surrogate / Guardian/ Relative (if applicable) अभिभावक / पालक / रिस्टेदर (यदी लागू हो)	1.	(Write relationship with patient) (रुग्ण के साथ संबंध लिखें)		
	2.	(Write relationship with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

Reason for surrogate consent सरोगेट सहमति का कारण	Patient is unable to give consent because/ Is a Minor रुग्ण सहमति देने में असमर्थ है क्योंकि / वह नाबालिंग है :		Date / दिनांक	Time / समय
Surrogate / Guardian/ Relative or Witness (Tick whichever applicable) सरोगेट/अभिभावक/ रिस्टेदर या गवाह (जो लागू हो उस पर निशान लगाएं)	1. 	Purnima Kiran Taware Write relationship with patient रुग्ण के साथ संबंध लिखें. (Daughter)	30/10/24	12:30
	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 दायां 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 जोखियाँ और जटिलताओं, अपेक्षित लाभ, एनेस्थीसिया के बाद अपेक्षित युन: 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:

30/10/24

तारीख/समय:
12:30 PM