



MES MEDICAL COLLEGE

PERINTHALMANNA

DIGITAL CONSENT FORM

PATIENT DETAILS:

Name: 1 Doctor: Dr Sajid
Age: 11 Consent ID: 13
MRN: 11111 Date: 2025-11-05 17:56

CONSENT REQUIRED FOR:

Lama

ലാമ

PROCEDURE/REASON DETAILS:

I, [Patient Name], understand that I am leaving MES Medical College Hospital against medical advice on [Date]. I have been informed about the risks and potential complications of leaving at this stage of my treatment, including: - Worsening of my current condition - Development of new complications - Need for emergency care later - Potential permanent disability Despite understanding these risks, I choose to leave the hospital and accept full responsibility for this decision. I understand that the hospital and medical staff will not be responsible for any adverse outcomes resulting from this decision.

ഈ [രേഖിയുടെ പരേഡ്], [തീയതി] മവെഡിക്കൽ ഉപദേശത്തിന് വിരുദ്ധമായി ഈൻ MES മവെഡിക്കൽ ക്ലൗജേഴ്സ് അശുപത്രി വിടുകയാണെന്ന് മനസ്സിലാക്കുന്നു. എൻ്റെ ചികിത്സയുടെ ഈ ഘട്ടത്തിൽ ഉപകേഷ്ഠിക്കുന്നതിന്റെ അപകടസാധ്യതകളെയും സംബന്ധിച്ചെതകളെയും കുറിച്ച് എന്ന് അറിയപ്പെടും, ഇനിപ്പറിയുന്നവ ഉൾപ്പെടെ: - എൻ്റെ ഇപ്പോഴത്തെ അവസ്ഥ വശളാകുന്നു - പുതിയ സംബന്ധിച്ചെതകളുടെ വികസനം - പിന്നീട് അടിയന്തര പരിചരണം ആവശ്യമാണ് - സാധ്യതയുള്ള സ്ഥിരമായ വകെല്ലറ്റം ഈ അപകടസാധ്യതകൾ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടും, ഈൻ അശുപത്രി വിഡാനും ഈ തീരുമാനത്തിന്റെ പുർണ്ണം ഉത്തരവാദിത്തം എൻ്റെക്കുറാനും തീരുമാനിച്ചു. ഈ തീരുമാനത്തിന്റെ ഫലമായുണ്ടാകുന്ന പ്രതികൂല ഫലങ്ങൾക്ക് അശുപത്രിയും മവെഡിക്കൽ സർഡാഹും ഉത്തരവാദികളായിരിക്കില്ലെന്ന് ഈൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

MES MEDICAL COLLEGE
PERINTHALMANNA
DIGITAL CONSENT FORM

DECLARATION:

I hereby acknowledge that:

- I have read and understood the consent form
- All my questions have been answered satisfactorily
- I voluntarily consent to the procedure/treatment

SIGNATURES:

Patient/Relative Signature:



Signed at: 2025-11-05 17:56:43

Name: asdfgh

Relationship: Mother

Doctor's Signature:



Signed at: 2025-11-05 17:56:43

MES Medical College, Perinthalmanna

Digital Consent System - Generated Electronically