



Mount Sinai

Mount Sinai Health System
New York

CONSENT TO SURGERY/
PROCEDURE/TREATMENT
AND ANESTHESIA

1. I hereby authorize \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ and those
associates or assistants designated to perform upon \_\_\_\_\_ the following
treatments, surgeries, procedures (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 including sensitive examinations (breast, pelvic, prostate, or rectal) if indicated for my care.

- 2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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 do not agree.
6. 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 do not agree.
7. 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 do not agree.
8. If applicable for this procedure, I agree to allow a member of my care team to perform sensitive exams (breast, pelvic, prostate, or rectal) for educational or training purposes. [ ] I do not agree.
9. If applicable, I agree to allow authorized observers into the operating or treatment room. [ ] I do not agree.
10. I have marked the portions of the document I do not agree to.

Patient,\* Guardian or Representative\*\*

\_\_\_\_\_
Print name Signature Date Time Relationship or "self"

Signature Witness

Preferred Language Interpreter Name or Number

\_\_\_\_\_
Print name Signature Date Time [ ] Witnessed Patient confirming signature (check box if applicable)
[ ] Patient refused interpreter (check box if applicable)

[ ] 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.

\_\_\_\_\_
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\*\* 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

\* 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.



Mount Sinai

Mount Sinai Health System  
New York

수술/시술/치료 및 마취 동의서

1. 본인은 \_\_\_\_\_ 및 \_\_\_\_\_ 및 그 동료  
주치의/의료진 동료 외과의/의료진  
또는 이를 위해 지명된 보조인이 \_\_\_\_\_에게 다음 치료, 수술, 시술(이하 “시술”)을 시행하며  
환자 이름 또는 “Me(본인)”  
이에는 다음을 포함하는 것을 허가합니다. \_\_\_\_\_

의료 전문가팀이 협력하여 본인의 시술을 수행할 것입니다. 본인의 담당 의사/특수 의료 서비스 제공자 또는 기타 지정된 특수 의료 서비스 제공자가 시술의 모든 중요한 사항에 참여할 것입니다. 본인의 담당 의사 또는 지정된 특수 의료 서비스 제공자가 적절하다고 판단하는 경우, 본인의 치료에 필요하다면 민감한 검사(유방, 골반, 전립선 또는 직장)를 포함하여 다른 의료 전문가가 시술의 일부를 수행할 수 있음을 이해합니다.

- 2. 위의 주치의/의료진(또는 지정인, 해당 없는 경우 공백으로 남길 것: \_\_\_\_\_)은 회복 기간 중 추가 시술 및/또는 처방받을 약물을 포함하여 진료 중 및 진료 후 일어날 일에 대해 본인이 선호하는 언어로 온전히 설명을 전달했습니다. 또한 본 치료의 잠재적 위험, 이점, 대체 방안에 대해서도 논의했습니다. 추가로 본인은 의료 및 안전 개선을 목적으로 영상 또는 녹음을 하거나 장기, 조직, 삽입물 또는 체액을 제거, 검사 및 보관할 수 있음을 이해합니다. 이와 같은 기록이 폐기될 때는 일반적인 관행에 따라 처리될 것입니다. 또한 본인은 의료 서비스를 위해 필요한 기술 또는 공급업체 지원 담당자의 수술실 출입에 동의합니다. 본인은 제안된 목표의 실행 가능성과 제안된 치료를 받지 않는 선택까지를 포함해 제안된 치료 계획에 대한 합리적인 대체 방안에 대한 설명을 들었습니다. 본인은 질문할 수 있는 기회가 주어졌으며, 모든 질문에 만족스러운 답변을 받았습니다.
- 3. 본인은 위의 제안된 시술을 진행하는 과정에서 예상치 못한 상황으로 인해 다른 절차가 필요할 수도 있음을 이해합니다. 본인은 위에 명시된 의사 또는 동료/보조인/의료진이 필요하다고 판단할 수 있는 추가 시술에 동의합니다.
- 4. 본인은 담당 의료진이 편안하고 안전한 상태를 유지하기 위해 마취제/진정제/진통제 등의 약물을 제공할 수 있음을 이해합니다. 본인은 담당 의료진이 치료 전에 이와 같은 약물의 위험성, 이점, 대체 방안에 대해 설명했으며, 설명할 것임을 이해합니다.
- 5. 본인은 해당하는 경우 치료의 일환으로 수혈 또는 혈액 제제 수혈이 필요할 수도 있음을 이해합니다. 본인은 담당 의료진이 수혈과 혈액 제제 수혈의 위험성, 이점, 대체 방안을 설명했음에 동의합니다. □본인은 동의하지 않습니다.
- 6. 본인은 해당하는 경우 과학적 또는 교육적 목적으로 장기, 조직, 삽입물 또는 기타 체액을 제거, 검사 및 보관할 수 있음에 동의합니다. 본인은 본인의 신원이 기밀로 유지되고 본인 신체의 일부는 일반적인 관행에 따라 처리될 것임을 이해합니다. □본인은 동의하지 않습니다.
- 7. 본인은 해당하는 경우 발표 및 출판물 등의 교육적 목적을 위한 본 시술의 영상 및 소리 녹음에 동의합니다. 본인은 본인의 신원이 기밀로 유지될 것임을 이해합니다. □본인은 동의하지 않습니다.
- 8. 이 시술에 적용되는 경우, 본인은 교육 또는 훈련 목적으로 본인의 치료팀 구성원이 민감한 검사(유방, 골반, 전립선 또는 직장)를 수행하는 데 동의합니다. □본인은 동의하지 않습니다.
- 9. 본인은 해당하는 경우 허가를 받은 참관인의 수술실 또는 치료실 출입에 동의합니다. □본인은 동의하지 않습니다.
- 10. 본인은 본 문서에서 동의하지 않는 내용에 표시했습니다.

환자\* 후견인  
또는 대리인\*\*

증인 서명

선호 언어 통역사  
이름 또는 번호

이름(정자체)	서명	날짜	시간	관계 또는 “본인”
이름(정자체)	서명	날짜	시간	<input type="checkbox"/> 환자가 서명하는 것을 목격함 (해당 사항에 체크)
이름(정자체) 및/또는 번호	서명(참석한 경우)	날짜	시간	<input type="checkbox"/> 환자가 통역사를 거부함 (해당 사항에 체크)

전화/영상 동의(해당 사항에 체크), 환자/후견인/대리인\*\*/통역사 서명 불필요.

▶ 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

\* 환자가 18세 미만이거나 신체 능력이 없는 경우를 제외하고 환자의 서명은 필수입니다.

\*\* 본 문서에서 “대리인”은 법적으로 허가를 받은 대리인을 지칭합니다.