



Transfer Consent

Medical Condition:

Condition (Required, Check one): Stable Critical

Diagnosis (Required): _____

Reason for Transfer/Benefit (Required, Check all that apply):

Expedite Bed Assignment Higher Level/Specialty Care Patient Preference Continuity of Care

Other Reason for Transfer (if applicable): _____

Risks:

All transfers have the inherent risks of traffic delays, accidents, bad weather, rough terrain or turbulence, and the limitations of equipment and personnel present in the vehicle if there is a change in my medical condition on the way to the facility.

Other risks including those related to the patient's medical condition (required but if not applicable, leave blank):

Patient Consent to Transfer

The attending physician(s) or designee below have explained to me, in my preferred language, the potential risks and benefits of my transfer specific to my medical condition. I have been given the opportunity to ask questions and all of my questions have been answered to my satisfaction.

**Patient,* Guardian
or Representative****

_____ *Print name* _____ *Signature* _____ *Date* _____ *Time* _____ *Relationship or "self"*

Signature Witness

_____ *Print name* _____ *Signature* _____ *Date* _____ *Time* Witnessed Patient confirming signature (check box if applicable)

**Preferred Language
Interpreter
Name or Number**

_____ *Print name and/or number* _____ *Signature (if present)* _____ *Date* _____ *Time* Patient refused interpreter (check box if applicable)

Telephone/Video Consent with Representative (Check box if applicable)**

Name of designee appointed by Attending Physician to explain the risks and benefits of transfer for the patient's medical condition if applicable:

_____ *Printed name of designee (If not applicable, leave blank)*

Attending Physician Certification of Transfer

I hereby certify that based on the information available to me at the time of transfer, to a reasonable degree of medical certainty, the expected medical benefits from the provision of appropriate care at another facility outweigh the risk to the individual or unborn child. I have confirmed that this patient/representative** is able to give informed consent. If the patient is unable to provide consent and does not have a representative**, a second attending physician has concurred with the appropriateness of the transfer (Complete FHCDA Form 3). I have explained the risks and benefits of the transfer to the patient/representative** specific to their medical condition. I have offered to answer any questions and have fully answered all such questions. In the event that I was not present when the patient signed the 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 Attending Physician Name*

_____ *Attending Physician Signature*

_____ *Date*

_____ *Time*

* The signature of the patient must be obtained unless the patient is under the age of 18 or lacks capacity.

** Throughout this document, the term "representative" refers to a legally authorized representative or guardian.



이송 동의서

건강 상태:

상태(필수, 하나만 선택): 안정 위독

진단(필수): _____

이송 사유/이점 (필수, 해당 사항 모두 선택):

신속한 병상 배정 상위 수준의 치료/전문 치료 환자의 선호 치료의 연속성

기타 이송 사유(해당하는 경우): _____

위험성:

모든 이송에는 교통 체증, 사고, 악천후, 험한 지형 또는 난류에 의한 위험이 존재하며, 시설로 가는 도중 건강 상태에 변화가 생길 경우 차량 내 장비 및 인력 부족에 의한 위험이 존재합니다.

환자의 건강 상태에 따라 다음과 같은 위험도 존재합니다(필수 사항이나, 해당하지 않는 경우 비워두십시오).

환자 이송 동의

본인은 주치의 또는 아래 담당자로부터 선호 언어로 본인의 건강 상태에 따른 이송 시 잠재적인 위험성 및 이점에 관한 설명을 들었습니다. 궁금한 점을 문의할 기회가 주어졌으며 모든 문의 사항에 만족스러운 답변을 얻었습니다.

환자,* 보호자
또는 대리인**

이름(정자체)

서명

날짜

시간

관계 또는 "본인"

입회인

이름(정자체)

서명

날짜

시간

환자가 서명을 확인하는
모습을 목격함
(해당하는 경우 상자에
체크)

선호 언어 통역사
이름 또는 번호

이름 및/또는 번호(정자체)

서명(통역 시)

날짜

시간

환자가 통역을 거부함
(해당하는 경우 상자에
체크)

대리인의 전화/영상 동의**(해당하는 경우 상자에 체크)

해당되는 경우 환자의 건강 상태에 따른 이송 시 위험성 및 이점을 설명하도록 주치의가 지정한 담당자의 이름:

담당자 이름(정자체, 해당하지 않는 경우 비워두십시오)

주치의 이송 증명

본인은 이송 당시 확인 가능한 정보를 토대로 다른 시설에서 적절한 치료를 제공함으로써 예상되는 의학적 이점이 환자 개인 또는 태아가 감수해야 할 위험보다 클 확률이 의학적으로 상당히 높음을 증명합니다. 본인은 이 환자/대리인**이 정보에 근거한 동의를 제공할 수 있음을 확인했습니다. 환자가 동의할 수 없고 대리인**도 없는 경우, 이송의 적절성에 대한 제2주치의가 동의했습니다(FHCDA 양식 3 작성). 본인은 환자/대리인**에게 건강 상태에 따른 이송 시 위험성과 이점을 설명했습니다. 본인은 모든 문의 사항에 답변하겠다고 제안했으며, 이에 자세히 답변했습니다. 환자가 본 양식에 서명할 때 본인이 없었다면 본인은 본 양식은 단지 정보에 근거한 동의가 이루어졌음을 나타내는 서류임을 이해합니다. 환자로 부터 동의를 받은 책임은 본인에게 있습니다.

주치의 이름(정자체)

주치의 서명

날짜

시간

*환자가 18세 미만이거나 의사 결정 능력이 없는 경우를 제외하고는 환자 본인의 서명을 받아야 합니다.

**본 서류에서 호칭하는 "대리인"이라는 용어는 법률상 승인된 대리인 또는 보호자를 말합니다.