

वदियार्थी कोभडि-१९ जाँच सहमती फारम 2021-22

उद्देश्य:

यस “वदियार्थी कोभडि-१९ जाँच सहमती फारमको” उद्देश्य आमाबुबा वा कानुनी अभिभावकको अनुरोधमा फेएट काउन्टी पब्लिक स्कूलहरूका आमाबुबाहरू वा कानुनी अभिभावकहरूकोलागी स्कूलमा आफ्ना बच्चाहरूकोलागी कोभडि-१९को जाँचलाई सहमती दिनुहो।

अधिकारहरू (स्वीकृतहरू):

- मेरो अनुरोधमा स्कूलमा मेरो वदियार्थीलाई कोभडि-१९ जाँचको व्यवस्थापन गर्न केन्टकी सार्वजनिक स्वास्थ्य विभागले सम्झौतागरेको परीक्षण इकाईकोलागी म अधिकृत गर्छु र सहमती दिन्छु।
- म बुझ्छु कि यो सहमती फारममा हस्ताक्षर गरेर, म मेरो अनुरोधमा कोभडि-१९ जाँचको व्यवस्थापन गर्न केन्टकी सार्वजनिक स्वास्थ्य विभागले सम्झौतागरेको जाँच इकाईद्वारा मेरो वदियार्थीको कोभडि-१९ जाँच गराउन सहमत छु र यो फारम एफसीपीएसले (FCPSले) फाइलमा राख्नेछ ताकि मलाई हालको वदियालय वर्षको अवधमा जाँचकोलागी मसँग सोध्ने वा अतिरिक्त सहमती फारममा हस्ताक्षर गर्न आवश्यक पर्नेछैन। मेरो अनुरोधमा मात्र मेरो वदियार्थीको जाँच हुन सक्छ।
- म मेरो अनुरोधमा मेरो वदियार्थीलाई कोभडि-१९को जाँच गर्न नाकमा स्वाब (सन्कामा बेरेको कपास) (हानरिहति, नाकको पवालभतिर १ इन्चभन्दा कम) मार्फत कोभडि-१९को सङ्कलन र जाँचका गतिविधिहरू सञ्चालन गर्न जाँच (परीक्षण) इकाईलाई अनुमति दिन्छु र सहमती दिन्छु।
- म बुझ्छु कि मेरो वदियार्थीको नतजि मेरो काउन्टी वा राज्यका स्वास्थ्य विभागहरू, रोग नियन्त्रण र रोकथामकालागी अमेरिकी केन्द्रहरू (सीडीसी) (CDC), वा कानूनद्वारा आवश्यक कुनै अन्य सरकारी निकायमा जानेछ।

सकारहरू:

म स्वेच्छा रूपले मेरो अनुरोधमा मेरो वदियार्थीलाई स्कूलमा कोभडि-१९को जाँच गराउन सहमत छु।

म मेरो वदियार्थीको जाँचको नतजिाको सम्बन्धमा उपयुक्त कारबाही गर्ने पूरा र पूर्ण जम्मेवारी लिन छु। म स्वीकार गर्छु कि सकारात्मक जाँचको नतजिा भनेको मेरो वदियार्थीले अरूलाई सङ्क्रमण हुनबाट जोगाउनकोलागी निर्देशन अनुसार आत्म-पृथक हुनुपर्छ (सेल्फ-आइसोलेट हुनुपर्छ) र मास्क लगाउनुपर्छ वा अनुहार छोपनुपर्छ। म योपना बुझ्छु कि यदि मेरो वदियार्थीले स्कूलमा सकारात्मक जाँच गरेमा, मेरो वदियार्थीलाई तुरुन्तै लिन आउनकोलागी म जम्मेवार छु। म बुझ्छु, कुनैपना चकितिसा जाँचमा जस्तै, कोभडि-१९ जाँचहरूमा (परीक्षणहरूमा) गलत जाँचको नतजिाहरूको सम्भावना हुन्छ (परीक्षण सकारात्मक छ तर मेरो वदियार्थीमा संक्रमण छैन; वा परीक्षण नकारात्मक छ, तर मेरो वदियार्थीमा संक्रमण छ)। यदि मसँग प्रश्नहरू वा चासोहरू छन्, वा मेरो वदियार्थीको अवस्था बगिर्न छ भने म मेरो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकबाट चकितिसा सल्लाह, हेरचाह, र उपचार खोज्न सहमत छु। म बुझ्छु कि जाँच इकाईले स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको रूपमा काम गरिरहेको छैन, र यो परीक्षणले स्वास्थ्य सेवा प्रदायकद्वारा गरिने उपचारलाई प्रतिस्थापन गर्दैन।

म परीक्षणको उद्देश्य, प्रक्रियाहरू, सम्भावति लाभहरू, र सम्भावति जोखिमहरूलाई बुझ्छु, कि र म यो सहमती फारमको एक प्रतिलाई अनुरोध गर्न सक्छु। म यो सहमती फारममा हस्ताक्षर गर्नु अघि प्रश्नहरू सोध्न सक्छु, र म बुझ्छु कि म कुनैपना समयमा अतिरिक्त प्रश्नहरू सोध्न सक्छु।

वदियार्थीको नाम: _____ वदियार्थीको जन्म मति: _____

स्कूलको नाम: _____

आमाबुबाको वा संरक्षकको नाम: _____

आमाबुबाको वा अभिभावकको हस्ताक्षर: _____ मति: _____