**रैपिड कोविड**-**19 एंटीजन** **टेस्ट** **के** **लिए** **सहमति** **प्रपत्र**

|  |
| --- |
| छात्र का नाम: |
| छात्र की जन्मतिथि: |
| स्कूल: |
| माता-पिता/अभिभावक का नाम: |
| घर का पता: |
| फ़ोन नंबर: |

**कृपया** **निम्नलिखित** **सूचित** **सहमति** **सूचना पत्र** **को** **ध्यान** **से** **पढ़ें** **और** **कोविड-19** **के** **परीक्षण** **के** **लिए** **अनुमति पत्र** **पर** **हस्ताक्षर** **करें।**

1. मैं समझता/समझती हूँ कि उपरोक्त नामित छात्र का कोविड-19 परीक्षण Washington State Department of Health (वाशिंगटन राज्य स्वास्थ्य विभाग) द्वारा मुहैया कराए गए <**insert name of test**> के माध्यम से किया जाएगा और स्वीकार करता/करती हूँ कि किए गए परीक्षण हेतु *व्यक्तियों के लिए फैक्ट शीट* मुझे उपलब्ध कराई गई है।
2. मैं समझता/समझती हूँ कि उपरोक्त नामित छात्र की परीक्षण प्राप्त करने की योग्यता परीक्षण आपूर्ति की उपलब्धता तक सीमित है।
3. मैं समझता/समझती हूँ कि परीक्षण करने वाला निकाय उपरोक्त छात्र के चिकित्सा प्रदाता के रूप में कार्य नहीं कर रहा है। परीक्षण किसी चिकित्सा प्रदाता द्वारा दिए उपचार की जगह नहीं लेता है। मैं परीक्षण के परिणामों के संबंध में उचित कार्रवाई करने के लिए पूरी तरह से तथा संपूर्ण ज़िम्मेदारी लेता/लेती हूँ साथ ही यदि मेरे कोई प्रश्न या चिंताएँ हैं, यदि उपरोक्त नामित छात्र में कोविड-19 के लक्षण विकसित होते हैं या यदि उपरोक्त छात्र की स्थिति बिगड़ती है, तो इसमें एक चिकित्सा प्रदाता या अन्य स्वास्थ्य देखभाल निकाय से चिकित्सा सलाह, देखभाल और उपचार की मांग करना शामिल है।
4. मैं समझता/समझती हूँ कि किसी भी चिकित्सीय परीक्षण की तरह इसमें एक गलत पॉज़िटिव या गलत निगेटिव कोविड-19 परीक्षण परिणाम की संभावना है।
5. मैं समझता/समझती हूँ कि यह मेरी ज़िम्मेदारी है कि मैं उपरोक्त नामित छात्र के स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को एक पॉज़िटिव परीक्षण परिणाम के बारे में सूचित करूँ और यह कि उपरोक्त नामित छात्र के स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को मेरे विषय में एक प्रति नहीं भेजी जाएगी।
6. मैं समझता/समझती हूँ कि एंटीजन परीक्षण का परिणाम 15 से 30 मिनट में उपलब्ध हो जाएगा।
7. मैं यह समझता/समझती हूँ और स्वीकार करता/करती हूँ कि एक पॉज़िटिव एंटीजन परीक्षण परिणाम उपरोक्त नामित छात्र को दूसरों को संक्रमित होने से बचाने के लिए खुद को अलग करने की आवश्यकता का एक संकेत है।
8. मुझे परीक्षण के उद्देश्य, प्रक्रियाओं और संभावित जोखिमों और लाभों के बारे में सूचित कर दिया गया है। मेरे पास

कोविड-19 परीक्षण को लेकर आगे बढ़ने से पहले प्रश्न पूछने का अवसर होगा। मैं इस बात को समझता/समझती हूँ कि यदि मेरी ईच्छा नहीं होती है कि उपरोक्त छात्र का कोविड-19 नैदानिक परीक्षण जारी रहे, तो मैं परीक्षण को अस्वीकार कर सकता/सकती हूँ।

1. मैं यह समझता/समझती हूँ कि सार्वजनिक स्वास्थ्य और सुरक्षा सुनिश्चित करने और कोविड-19 के प्रसार को नियंत्रित करने के लिए

बिना मेरी व्यक्तिगत अनुमति के परीक्षण परिणामों को साझा किया जा सकता है।

1. मैं समझता/समझती हूँ कि परीक्षण के परिणाम, कानून द्वारा अपेक्षित उचित सार्वजनिक स्वास्थ्य प्राधिकारियों को बताए जाएंगे।
2. मैं समझता/समझती हूँ कि मैं परीक्षण करने से पहले किसी भी समय अपनी सहमति वापस ले सकता/सकती हूँ।

**कोविड-19 के लिए अनुमति/सहमति**

* मैं उपरोक्त नामित छात्र को कोविड-19 परीक्षण से गुज़रने के लिए अधिकृत करने की सहमति देता/देती हूँ।

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर तिथि

* मैं कोविड-19 परीक्षण से गुज़रने के लिए सहमति देता/देती हूँ।

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

छात्र (18 वर्ष या उससे अधिक) हस्ताक्षर तिथि