**రాపిడ్ కోవిడ్-19 యాంటిజెన్ పరీక్షకు అంగీకారం తెలిపే ఫారం**

|  |
| --- |
| విద్యార్థి పేరు: |
| విద్యార్థి పుట్టిన తేదీ: |
| పాఠశాల: |
| తల్లిదండ్రుల/సంరక్షకుల పేరు(ర్లు): |
| ఇంటి చిరునామా: |
| ఫోన్ నెంబర్: |

**దయచేసి కింది సమాచారసహిత సమ్మతి నోటీసును జాగ్రత్తగా చదివి, కోవిడ్-19 పరీక్షను చేయడానికి అనుమతికి అంగీకారం తెలుపుతూ సంతకం చేయండి.**

1. పైన పేర్కొన్న పేరుగల విద్యార్థికి కోవిడ్-19 పరీక్షను Washington State Department of Health (వాషింగ్టన్ రాష్ట్ర ఆరోగ్య శాఖ) అందించిన **<insert name of test>** నిర్వహిస్తారని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. పరీక్ష *కోసం వ్యక్తుల కోసం ఫాక్ట్ షీట్* నాకు అందుబాటులో ఉందని గుర్తిస్తున్నాను.
2. పరీక్షను చేయించుకోడానికి పైన పేర్కొన్న పేరుగల విద్యార్థికి గల అర్హత పరీక్ష సామాగ్రి లభ్యతకే పరిమితం అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
3. పరీక్ష చేస్తున్న సంస్థ పైన పేర్కొన్న పేరుగల విద్యార్థికి వైద్య సేవలను అందించేవారిగా పనిచేయడం లేదని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. వైద్య సేవలను అందించేవారి ద్వారా అందే చికిత్సకు బదులుగా అది పనిచేయదు. పైన పేర్కొన్న పేరుగల విద్యార్థికి కోవిడ్-19 లక్షణాలు అభివృద్ధి చెందినా, లేదా పైన పేర్కొన్న పేరుగల విద్యార్థి పరిస్థితి మరింత దిగజారితే నాకు వైద్య సేవలను అందించేవారి నుండి లేదా మరేదైనా వైద్య సేవా సంస్థ నుండి వైద్యపరమైన సలహాను కోరడం సహా పరీక్షా ఫలితాలకు సంబంధించి తగు చర్యలను తీసుకోవటానికి నేను సమగ్రమైన, పూర్తి బాధ్యత వహిస్తాను.
4. ఏ వైద్య పరీక్షలోనైనా జరిగేట్టుగానే, తప్పుడు పాజిటివ్ లేదా తప్పుడు నెగెటివ్ కోవిడ్-19 పరీక్ష ఫలితం రావడానికి అవకాశం ఉందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
5. పాజిటివ్ పరీక్ష ఫలితం గురించి పైన పేర్కొన్న పేరుగల విద్యార్థికి ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవలను అందించేవారికి తెలియజేయడం నా బాధ్యత అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను, పైన పేర్కొన్న పేరుగల విద్యార్థికి ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవలను అందిచేవారు నాకు ఒక కాపీని పంపడం జరగదు.
6. యాంటిజెన్ పరీక్ష ఫలితం 15-30 నిమిషాల్లో లభిస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
7. పాజిటివ్ యాంటిజెన్ పరీక్ష ఫలితం వచ్చిందంటే ఇతరులకు సోకకుండా ఉండటానికి పైన పేర్కొన్న పేరుగల విద్యార్థి స్వీయ ఏకాంతవాసంలో ఉండటం అవసరం అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను, గుర్తిస్తున్నాను.
8. పరీక్ష ఉద్దేశ్యం, పద్ధతులు, సంభవించగల నష్టాలు, ప్రయోజనాల గురించి నాకు తెలియజేశారు. నాకు

కోవిడ్-19 పరీక్ష చేయడానికి ముందు ప్రశ్నలు అడగడానికి అవకాశం ఉంది. పైన పేర్కొన్న విద్యార్థికి కోవిడ్-19 నిర్ధారణ పరీక్షను కొనసాగించాలని నేను కోరుకోకపోతే, నేను ఆ పరీక్షను తిరస్కరించవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

1. ప్రజారోగ్యం, భద్రతలకు భరోసాను కల్పించడానికి, కోవిడ్-19 వ్యాప్తిని నియంత్రించడానికి, పరీక్ష ఫలితాలను బహుశా ఇలా చేయవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను

నా వ్యక్తిగత అనుమతి లేకుండా షేర్ చేయవచ్చు.

1. పరీక్షా ఫలితాలను చట్టం ద్వారా అవసరమైన విధంగా తగిన ప్రజారోగ్య అధికారులకు వెల్లడించవచ్చు అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
2. పరీక్షకు ముందు నా అంగీకారాన్ని ఎప్పుడైనా ఉపసంహరించుకోవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

**కోవిడ్-19 పరీక్ష చేయించుకోడానికి అనుమతి/అంగీకారం**

* కోవిడ్-19 పరీక్ష చేయించుకోవడానికి పైన పేర్కొన్న పేరుగల విద్యార్థికి అనుమతిని ఇవ్వడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

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

తల్లిదండ్రుల/సంరక్షకుల సంతకం తేదీ

* కోవిడ్-19 పరీక్ష చేయించుకోవడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

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

విద్యార్థి (18 లేదా అంతకంటే ఎక్కువ వయస్సు) సంతకం తేదీ