

## ਤੇਜ਼ ਕੋਵਿਡ-19 ਐਂਟੀਜਨ ਟੈਸਟ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਨਾਮ:
ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ:
ਸਕੂਲ:
ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਨਾਮ:
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ:
ਫੋਨ ਨੰਬਰ:

**ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਸੂਚਿਤ ਸਹਿਮਤੀ ਨੋਟਿਸ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਕੋਵਿਡ-19 ਦੇ ਟੈਸਟ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ।**

1. ਮੈਂ ਇਹ ਗੱਲ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਕੋਵਿਡ-19 ਦਾ ਟੈਸਟ Washington State Department of Health (ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ) ਦੁਆਰਾ ਉਪਲੱਬਧ ਕਰਵਾਏ ਗਏ Abbott ਲੈਬਾਰਟਰੀਜ਼ BinaxNOW ਐਂਟੀਜਨ ਟੈਸਟ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਹ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਟੈਸਟ ਲਈ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਉਪਲੱਬਧ ਕਰਵਾਈ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ (ਫੈਕਟ ਸ਼ੀਟ) ਮੈਨੂੰ ਉਪਲੱਬਧ ਕਰਵਾਈ ਗਈ ਸੀ।
2. ਮੈਂ ਇਹ ਗੱਲ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਟੈਸਟ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਟੈਸਟ ਸਪਲਾਈ ਦੀ ਉਪਲੱਬਧਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਸੀਮਤ ਹੋਵੇਗੀ।
3. ਮੈਂ ਇਹ ਗੱਲ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਟੈਸਟ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਅਦਾਰਾ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਟੈਸਟ, ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਇਲਾਜ ਦਾ ਬਦਲ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਜਾਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ, ਜਾਂ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਕੋਵਿਡ-19 ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਉਪਰੋਕਤ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਹਾਲਤ ਵਿਗੜਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਂ ਟੈਸਟ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਯੋਗ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਸੰਪੂਰਨ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਲੈਂਦਾ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਦਾਰੇ ਤੋਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ, ਦੇਖਭਾਲ, ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।
4. ਮੈਂ ਇਹ ਗੱਲ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜਿਵੇਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਡੀਕਲ ਟੈਸਟ ਵਿੱਚ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੈਸਟ ਵਿੱਚ ਵੀ ਇੱਕ ਗਲਤ ਪੌਜ਼ਟਿਵ ਜਾਂ ਗਲਤ ਨੈਗਟਿਵ ਟੈਸਟ ਨਤੀਜੇ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
5. ਮੈਂ ਇਹ ਗੱਲ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਪੌਜ਼ਟਿਵ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਮੇਰੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮੇਰੇ ਲਈ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਕੋਈ ਵੀ ਕਾਪੀ ਨਹੀਂ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇਗੀ।
6. ਮੈਂ ਇਹ ਗੱਲ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਐਂਟੀਜਨ ਟੈਸਟ ਦਾ ਨਤੀਜਾ 15-30 ਮਿੰਟਾਂ ਵਿੱਚ ਮਿਲ ਜਾਵੇਗਾ।
7. ਮੈਂ ਇਹ ਗੱਲ ਸਮਝਦਾ ਅਤੇ ਮੰਨਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਪੌਜ਼ਟਿਵ ਐਂਟੀਜਨ ਟੈਸਟ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਹੈ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਦੂਜਿਆਂ ਨੂੰ ਸੰਕਰਮਿਤ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਸਵੈ-ਇਕਾਂਤਵਾਸ ਵਿੱਚ ਚਲੇ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
8. ਮੈਨੂੰ ਟੈਸਟ ਦੇ ਉਦੇਸ਼, ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ, ਅਤੇ ਸੰਭਾਵੀ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਫਾਇਦਿਆਂ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ ਕੋਵਿਡ-19 ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਵਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲੇਗਾ। ਮੈਂ ਇਹ ਗੱਲ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਕੋਵਿਡ-19 ਪਹਿਚਾਣ ਟੈਸਟ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਟੈਸਟ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।
9. ਮੈਂ ਇਹ ਗੱਲ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਕੋਵਿਡ-19 ਦੇ ਫੈਲਾਅ ਨੂੰ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਮੇਰੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਸਾਂਝੇ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।
10. ਮੈਂ ਇਹ ਗੱਲ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਯੋਗ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ, Office of Superintendent of Public Instruction (ਸੁਪਰਡੈਂਟ ਆਫ ਪਬਲਿਕ ਇੰਸਟ੍ਰਕਸ਼ਨ ਦਾ ਦਫਤਰ), ਅਤੇ ਜਿਵੇਂ ਵੀ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਤੈਅ ਹੋਵੇਗਾ ਜਾਂ ਲੋੜੀਂਦਾਂ ਹੋਵੇਗਾ ਅਨੁਸਾਰ ਜਾਹਿਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣਗੇ।
11. ਮੈਂ ਇਹ ਗੱਲ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਟੈਸਟ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।

**ਕੋਵਿਡ-19 ਟੈਸਟ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ/ਸਹਿਮਤੀ ਪੱਤਰ**

- ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੈਸਟ ਕਰਨ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ।

ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਮਿਤੀ

- ਮੈਂ ਕੋਵਿਡ-19 ਦਾ ਟੈਸਟ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ।

ਵਿਦਿਆਰਥੀ (18 ਜਾਂ ਵੱਧ) ਦਸਤਖਤ

ਮਿਤੀ