

ਰੈਪਿਡ ਕੋਵਿਡ-19 ਐਂਟੀਜਨ ਟੈਸਟ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨਾਮ
ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ
ਸਕੂਲ:
ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨਾਮ(ਆਂ)।
ਹੋਮ ਐਡਰੈੱਸ
ਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਸੂਚਿਤ ਸਹਿਮਤੀ ਨੋਟਿਸ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਸੀਓਵੀਆਈਡੀ-19 ਵਾਸਤੇ ਟੈਸਟ ਕਰਨ ਲਈ ਅਖਤਿਆਰ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ।

1. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਸੀਓਵੀਆਈਡੀ-19 ਟੈਸਟਿੰਗ ਵਾਸਤੇ ਸਟੇਟ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਹੈਲਥ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਐਬਟ ਲੈਬਾਰਟਰੀਜ਼ ਬਿਨਾਕਸਨਾਓ ਐਂਟੀਜਨ ਟੈਸਟ ਜਾਂ ਐਕਸੈਸਬਾਇਓ ਕੋਅਰਸਟਾਰਟ ਕੋਵਿਡ-19 ਐਂਟੀਜਨ ਟੈਸਟ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
2. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਟੈਸਟਿੰਗ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਟੈਸਟ ਸਪਲਾਈਆਂ ਦੀ ਉਪਲਬਧਤਾ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਹੈ।
3. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਟੈਸਟ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਇਕਾਈ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨਕ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੀ ਹੈ। ਟੈਸਟਿੰਗ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨਕ ਦੁਆਰਾ ਇਲਾਜ ਦੀ ਥਾਂ ਨਹੀਂ ਲੈਂਦੀ। ਮੈਂ ਟੈਸਟ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਉਚਿਤ ਕਾਰਵਾਈਕਰਨ ਦੀ ਪੂਰੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਲੈਂਦਾ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ, ਸੰਭਾਲ, ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਇਕਾਈ ਤੋਂ ਇਲਾਜ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਜੇ ਮੇਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਜਾਂ ਸੰਕੇ ਹਨ, ਜੇ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਸੀਓਵੀਆਈਡੀ-19 ਦੇ ਲੱਛਣ ਵਿਕਸਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਜੇ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮਿਤ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਹਾਲਤ ਵਿਗੜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
4. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਕਿਸੇ ਵੀ ਡਾਕਟਰੀ ਟੈਸਟ ਦੀ ਤਰ੍ਹਾਂ, ਝੂਠੇ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਜਾਂ ਝੂਠੇ ਨਕਾਰਾਤਮਕ ਸੀਓਵੀਆਈਡੀ-19 ਟੈਸਟ ਨਤੀਜੇ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ।
5. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਕ ਨੂੰ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਟੈਸਟ ਨਤੀਜੇ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਮੇਰੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮੇਰੇ ਵਾਸਤੇ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮਿਤ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਕ ਨੂੰ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਨਹੀਂ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇਗੀ।
6. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਐਂਟੀਜਨ ਟੈਸਟ ਨਤੀਜਾ 15-30 ਮਿੰਟਾਂ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇਗਾ।
7. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇੱਕ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਐਂਟੀਜਨ ਟੈਸਟ ਨਤੀਜਾ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਹੈ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਦੂਜਿਆਂ ਨੂੰ ਸੰਕਰਮਿਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਸਵੈ-ਅਲੱਗ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
8. ਮੈਂ ਟੈਸਟ ਦੇ ਉਦੇਸ਼, ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ, ਅਤੇ ਸੰਭਾਵਿਤ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਉਹ ਹੋਵੇਗਾ ਸੀਓਵੀਆਈਡੀ-19 ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਾਲ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਦਾ ਮੌਕਾ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੈਂ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦਾ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮਵਾਲਾ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਸੀਓਵੀਆਈਡੀ-19 ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਟੈਸਟ ਜਾਰੀ ਰੱਖੇ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਟੈਸਟ ਨੂੰ ਠੁਕਰਾ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।
9. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਸੀਓਵੀਆਈਡੀ-19 ਦੇ ਫੈਲਾਅ ਨੂੰ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨ ਲਈ, ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਮੇਰੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਖਤਿਆਰ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।
10. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਉਚਿਤ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਅਥਾਰਟੀਆਂ, ਜਨਤਕ ਸਿੱਖਿਆ ਸੁਪਰਡੈਂਟ ਦੇ ਦਫਤਰ, ਅਤੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਜਾਂ ਲੋੜੀਂਦੇ ਵਜੋਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।
11. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਟੈਸਟਿੰਗ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਨੂੰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।

ਕੋਵਿਡ-19 ਵਾਸਤੇ ਟੈਸਟ ਕਰਨ ਲਈ ਅਖਤਿਆਰ/ਸਹਿਮਤੀ

1. ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਸੀਓਵੀਆਈਡੀ-19 ਟੈਸਟਿੰਗ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਅਖਤਿਆਰ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ।

ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਸਤਖਤ ਮਿਤੀ

2. ਮੈਂ ਸੀਓਵੀਆਈਡੀ-19 ਟੈਸਟਿੰਗ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ।

