

COVID-19 के परीक्षण के लिए सहमति फॉर्म

जिस व्यक्ति का परीक्षण किया जाना है (विद्यार्थी या कर्मचारी का नाम):
विद्यार्थी/कर्मचारी की जन्मतिथि:
ग्रेड:
स्कूल:
माता-पिता/संरक्षक का(के) नाम लिखें (अगर विद्यार्थी एक नाबालिग व्यक्ति है):
ईमेल एड्रेस:
घर का पता:
फोन नम्बर:
क्या सूचीबद्ध विद्यार्थी/कर्मचारी का पिछले 90 दिनों में COVID-19 होने का निदान किया गया है? <input type="checkbox"/> हाँ (ध्यान दें: वे व्यक्ति जिनका पिछले 90 दिनों में COVID-19 के लिए सकारात्मक परीक्षण किया गया है, उन्हें PCR परीक्षण में भाग नहीं लेना चाहिए) <input type="checkbox"/> नहीं

कृपया निम्नलिखित सूचित सहमति नोटिस को ध्यान से पढ़ें और COVID-19 के परीक्षण के लिए प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करें। परीक्षण कार्यक्रम में भाग लेने से पहले प्रत्येक प्रतिभागी को इस फॉर्म को पढ़ना और हस्ताक्षर करना होगा। यदि प्रतिभागी नाबालिग है (18 वर्ष से कम), तो माता-पिता या कानूनी अभिभावक को नाबालिग के परीक्षण कार्यक्रम में भाग लेने से पहले इस फॉर्म को पढ़ना, हस्ताक्षर करना और वापस करना होगा।

- मैं ऊपर नामित व्यक्ति (मेरा नाबालिग विद्यार्थी या स्वयं) को स्कूल के COVID-19 परीक्षण कार्यक्रम में भाग लेने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ, जिसमें स्कूल या अन्य उचित रूप से नामित कर्मियों द्वारा स्कूल के घंटों के दौरान नमूनों का संग्रह और इस सहमति फॉर्म में वर्णित परीक्षण शामिल हैं।
- मैं समझता/ती हूँ कि यह COVID-19 परीक्षण निम्नलिखित के माध्यम से किया जाएगा: (i) एक व्यक्तिगत या इकट्ठा किए गए PCR टेस्ट; (ii) एक व्यक्तिगत रैपिड एंटीजन टेस्ट या LAMP टेस्ट, या (iii) समान सटीकता वाली कोई अन्य तकनीक, जैसा कि वाशिंगटन स्टेट डिपार्टमेंट ऑफ पब्लिक हेल्थ द्वारा अधिकृत की गई है।
- मैं समझता/ती हूँ कि एंटीजन, PCR, या LAMP परीक्षण के लिए, प्रत्येक प्रतिभागी की नाक (स्वयं-संग्रह सहित) में एक नोज़ल स्वाब डालकर एक नमूना एकत्र किया जाएगा और यदि निर्देश के अनुसार किया जाता है तो संभावित जोखिमों में स्वाब डालने से होने वाली असुविधा शामिल है। प्रतिभागी के पास निम्नलिखित निर्देशों के साथ अपना स्वयं का नमूना लेने का विकल्प हो सकता है, या उपलब्ध होने पर साइट पर परीक्षण व्यवस्थापक से सहायता का अनुरोध करने का विकल्प हो सकता है। कोई भी असुविधा केवल थोड़े समय के लिए होने की संभावना है। तकनीक के बारे में अधिक जानकारी <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/testing/How-To-Collect-Anterior-Nasal-Specimen-for-COVID-19.pdf> पर देखी जा सकती है।
- मैं समझता/ती हूँ कि परीक्षण करने वाले कर्मचारियों को सभी लागू सुरक्षा दिशानिर्देशों का इस्तेमाल करके परीक्षण को ठीक से संचालित करने के तरीके के बारे में प्रशिक्षित किया जाता है। इस फॉर्म को भरकर और सबमिट करके, मैं पुष्टि करता/ती हूँ कि मैं परीक्षण किए जाने वाले व्यक्ति की ओर से यह सहमति प्रदान करने के लिए अधिकृत हूँ। मैं आगे सहमत हूँ कि परीक्षण प्रशासक(कों), परीक्षण करने वाली प्रयोगशाला, स्कूल ज़िला, और ट्रस्टी, अधिकारी, कर्मचारी, प्रबंधक, संगठन के प्रायोजक, या ऐसे दलों के अन्य कर्मचारी किसी भी दुर्घटना या चोट के लिए उत्तरदायी नहीं होंगे जो इस परीक्षण कार्यक्रम में किसी भी व्यक्ति के भाग लेने के कारण हो सकते हैं।
- मैं समझता/ती हूँ कि मेरे विद्यार्थी (या, कर्मचारियों या गैर-नाबालिग छात्रों, मेरे लिए) पर किए गए COVID-19 के लिए किए गए किसी भी व्यक्तिगत नैदानिक परीक्षण के परिणामों के बारे में मुझे सूचित किया जाएगा, जिसमें किसी इकट्ठे किए गये सामूहिक परीक्षण में सकारात्मक परिणाम आने पर किया जाने वाला अनुवर्ती परीक्षण भी शामिल है।
- मैं समझता/ती हूँ कि कि प्रतिभागियों की परीक्षण प्राप्त करने की क्षमता परीक्षण आपूर्ति की उपलब्धता तक सीमित है।
- मैं समझता/ती हूँ कि परीक्षण करने वाली प्रयोगशाला या कोई अन्य संस्था किसी भी परीक्षण प्रतिभागी के लिए चिकित्सा प्रदाता के रूप में कार्य नहीं करती है, और यह कि परीक्षण किसी चिकित्सा प्रदाता द्वारा किए जाने वाले उपचार को प्रतिस्थापित नहीं करता है। मैं परीक्षण के परिणामों के प्राप्त होने के बाद उचित कार्रवाई करने के लिए पूरी और पूर्ण जिम्मेदारी लेता/ती हूँ, जिसमें एक चिकित्सा प्रदाता या अन्य स्वास्थ्य सेवा यूनिट से चिकित्सा सलाह, देखभाल और उपचार प्राप्त करना शामिल है, यदि मेरे कोई प्रश्न या चिंताएं हैं, यदि COVID-19 लक्षण विकसित होते हैं, या यदि किसी भी परीक्षण प्रतिभागी की स्थिति खराब हो जाती है।
- मैं समझता/ती हूँ कि किसी भी चिकित्सा परीक्षण की तरह, इस बात की भी संभावना है कि एक गलत सकारात्मक या गलत नकारात्मक COVID-19 परीक्षण परिणाम प्राप्त हो सकते हैं। गलत नकारात्मक परिणाम की संभावना के कारण, मैं समझता/ती हूँ कि परीक्षण किए जा रहे सभी लोगों को सभी COVID-19 संबंधी सुरक्षा दिशानिर्देशों का पालन करना जारी रखना चाहिए, जिसमें मास्क पहनना और सामाजिक दूरी बनाए रखना शामिल है, और संभावित COVID-19 संक्रमण का संकेत दिखाने वाले किसी भी लक्षण वाले व्यक्ति को अलग करने और परीक्षण करने के लिए स्कूल प्रोटोकॉल का पालन करना चाहिए। अधिक जानकारी इस पर देखी जा सकती है: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
- मैं समझता/ती हूँ कि यह मेरी जिम्मेदारी है कि मैं अपने स्वास्थ्य सेवा प्रदाता (अपने लिए या अपने विद्यार्थी के लिए) को परीक्षण परिणाम सकारात्मक होने के बारे में सूचित करूँ, और यह कि मेरी ओर से एक प्रति किसी भी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को नहीं भेजी जाएगी।
- मैं समझता/ती हूँ कि अधिकांश परिस्थितियों में, एंटीजन परीक्षण परिणाम 15-30 मिनट में उपलब्ध होगा, एक LAMP परीक्षण परिणाम लगभग 1 घंटे में उपलब्ध होगा, और यह कि PCR परीक्षण के परिणाम लगभग 24-72 घंटों में उपलब्ध होने की उम्मीद है, लेकिन अलग-अलग परिस्थितियों में यह अलग-अलग हो सकता है।

11. मैं समझता/ती हूँ और स्वीकार करता/ती हूँ कि COVID-19 परीक्षण परिणाम सकारात्मक होना स्कूल से दूर घर पर रहने, अपने-आपको अलग रखने और दूसरों को संक्रमित करने से बचने के लिए स्कूल या सार्वजनिक स्वास्थ्य अधिकारियों द्वारा निर्देशित मास्क या फेस कवर्निंग पहनने को जारी रखने का एक संकेत है।
12. मुझे परीक्षण के उद्देश्य, प्रक्रियाओं और संभावित जोखिमों और लाभों के बारे में सूचित कर दिया गया है। COVID-19 परीक्षण करवाने के लिए आगे बढ़ने से पहले मुझे सवाल पूछने का मौका मिलेगा। मैं समझता/ती हूँ कि अगर मैं COVID-19 परीक्षण न करवाना चाहूँ, तो मैं अपने विद्यार्थी या अपनी ओर से यह परीक्षण करवाने से इंकार कर सकता/ती हूँ।
13. मैं समझता/ती हूँ कि मैं इस प्राधिकरण को किसी भी समय रद्द कर सकता/ती हूँ, लेकिन ऐसा कोई भी रद्दीकरण केवल भविष्य के परीक्षण पर लागू होगा, और उस जानकारी पर लागू नहीं होगा जिसे रिलीज करने के लिए मैंने पहले ही प्राधिकरण दे दिया है। इस प्राधिकरण को रद्द करने के लिए मुझे स्कूल से लिखित में सम्पर्क करना होगा। यह प्राधिकरण तब तक प्रभावी रहेगा जब तक कि मैं इसे लिखित रूप में रद्द नहीं कर देते।
14. मैं समझता/ती हूँ कि सार्वजनिक स्वास्थ्य और सुरक्षा सुनिश्चित करने और COVID-19 के प्रसार को नियंत्रित करने के लिए, मेरे व्यक्तिगत प्राधिकरण के बिना परीक्षण के परिणाम साझा किए जा सकते हैं।
15. मैं समझता/ती हूँ कि परीक्षण के परिणाम उपयुक्त सार्वजनिक स्वास्थ्य प्राधिकरणों, सार्वजनिक निर्देश अधीक्षक के कार्यालय, जिस स्कूल/संगठन में परीक्षण प्रतिभागी जा रहे हैं या भाग ले रहे हैं, वह परीक्षण ठेकेदार और प्रसंस्करण करने वाली प्रयोगशाला को प्रकट किया जाएगा, और जैसा कि अन्यथा कानून द्वारा अनुमति दी जा सकती है या इसकी आवश्यकता हो सकती है।
16. मैं समझता/ती हूँ कि परीक्षण में भाग लेने के लिए स्कूल को व्यक्तियों की पहचान, जनसांख्यिकीय, और स्कूल के रिकॉर्ड से संपर्क जानकारी को परीक्षण प्रदाता(ओं) को प्रकट करने की आवश्यकता हो सकती है। पारिवारिक शैक्षिक अधिकार और गोपनीयता अधिनियम (“FERPA”), 34 CFR 99.30 के अनुसार, मैं स्कूल को अपने विद्यार्थी (या, स्कूल के कर्मचारियों के लिए, मुझसे संबंधित) से संबंधित ऐसी जानकारी का खुलासा करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ, जो परीक्षण में भाग लेने के लिए आवश्यक है।
17. मैं समझता/ती हूँ कि अनुवर्ती नैदानिक परीक्षण के लिए परीक्षण के दौर से गुजर रहे व्यक्तियों की संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी (PHI) और अन्य व्यक्तिगत रूप से पहचान करने योग्य जानकारी देने की आवश्यकता हो सकती है। जहाँ तक यह मामला जाता है, 45 CFR 164.524(c)(3) के अनुसार, मैं परीक्षण प्रदाता को अपने विद्यार्थी के स्कूल, वाशिंगटन स्टेट डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ और परीक्षण करने वाली प्रयोगशाला को ऐसी जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत और निर्देशित करता/ती हूँ। मैं आगे समझता/ती हूँ कि इस तरह की व्यक्तिगत रूप से पहचान करने योग्य जानकारी स्वास्थ्य और मानव सेवा के कार्यकारी कार्यालय और लागू होने वाले कानून के तहत अधिकृत किसी भी अन्य पार्टी को प्रकट की जा सकती है।
18. मैं समझता/ती हूँ कि मैं एक 18 वर्ष या उससे अधिक आयु का विद्यार्थी हूँ, या अपनी स्वयं की स्वास्थ्य देखभाल के लिए सहमति प्रदान करने के लिए कानूनी रूप से प्राधिकृत हूँ, “मेरे विद्यार्थी” के संदर्भ मुझसे है और मैं अपनी ओर से इस फॉर्म पर हस्ताक्षर कर सकता/ती हूँ।

COVID-19 के परीक्षण के लिए प्राधिकरण/सहमति

- मैंने परीक्षण कार्यक्रम के बारे में उपरोक्त जानकारी, एकल किए जाने वाले परीक्षण नमूनों का विवरण और परीक्षण कार्यक्रम के संभावित जोखिमों को पढ़ लिया है, और मैं स्वेच्छा से परीक्षण कार्यक्रम में अपने नाबालिग विद्यार्थी की भागीदारी के लिए सहमति देता/ती हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि यह जानकारी मेरे विद्यार्थी के स्कूल/संगठन से लिखित अनुरोध पर मुझे भी प्रदान की जा सकती है। मैं उपरोक्त नाबालिग विद्यार्थी को COVID-19 परीक्षण से गुजरने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ।

अभिभावक/संरक्षक के हस्ताक्षर

तारीख

- मैंने परीक्षण कार्यक्रम के बारे में उपरोक्त जानकारी, एकल किए जाने वाले परीक्षण नमूनों का विवरण और परीक्षण कार्यक्रम के संभावित जोखिमों को पढ़ लिया है, और मैं स्वेच्छा से परीक्षण कार्यक्रम में भागीदारी के लिए सहमति देता/ती हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि यह जानकारी मेरे स्कूल/संगठन से लिखित अनुरोध पर मुझे भी प्रदान की जा सकती है। मैं COVID-19 परीक्षण करवाने के लिए सहमति देता/ती हूँ।

विद्यार्थी (18 वर्ष या अधिक) या कर्मचारी के हस्ताक्षर

तारीख