ਇਸ ਲਈ ਆਗਿਆ

ਸਕੂਲ ਨਰਸ ਸੇਵਾਵਾਂ

**Center Grove Community School Corp.**

ਸਕੂਲ ਨਰਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟਵਰਕ (Community Health Network) ਦੀਆਂ ਨਰਸਾਂ ਕੰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਇੱਕ ਸਕੂਲ ਕਲੀਨਿਕ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟਵਰਕ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਸਾਂਭ-ਸੰਭਾਲ ਸਕੂਲ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲੋਂ ਕੋਈ ਖਰਚਾ ਨਹੀਂ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ। ਇਸ ਆਗਿਆ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕੀਤੇ ਬਗੈਰ, ਸਕੂਲ ਨਰਸਾਂ ਗੈਰ-ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਮੁੱਢਲੀ ਸਹਾਇਤਾ ਇਲਾਜ, ਸੰਕਟਕਾਲੀਨ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਦੀਆਂ ਸਿਹਤ ਪੜਤਾਲਾਂ ਦਾ ਸੰਚਾਲਨ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਕੂਲੀ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕਰਨ ਲਈ, ਅਤੇ ਸੈਕਸ਼ਨ I ਵਿੱਚ ਵਰਣਿਤ ਵਧੀਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਵਾਈ ਲਈ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਇੱਕ ਦਵਾਈ ਲੈਣ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਭੇਜ ਦਿਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਕੋਲ ਬਾਰ-ਬਾਰ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਯੋਜਨਾ (Plan of Care) ਹੈ, ਜਾਂ ਇਸਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਵੀ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਸਬਮਿਟ ਕਰੋ।

**ਸਕੂਲੀ ਸਾਲ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ: _____________ 2026 - ਇਹ ਸਹਿਮਤੀ _____ 1 ਜੁਲਾਈ, 2026 ਤੋਂ _____ 1 ਜੁਲਾਈ, 2027 ਤੱਕ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਹੈ**

ਸਕੂਲ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ: ________________________________________

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਨਾਮ: ______________________________

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ਼ ______________

I. **ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ:** ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਉਸਦੇ ਸਕੂਲ ਵਿਖੇ ਸਕੂਲ ਨਰਸ ਕਲਿਨਿਕ ਤੋਂ ਅਤਿਰਿਕਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਨਰਸਿੰਗ ਕਰਮਚਾਰੀ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਸਿਹਤ ਲੋੜਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਜੋ ਕਿਸੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਕੂਲ ਨਰਸ ਉਹਨਾਂ ਸਿਹਤ ਸਰੋਤਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਲਾਭ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

*ਮੈਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਕਲੀਨਿਕ ਕਿਹੜੀਆਂ ਅਤਿਰਿਕਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਪਰ ਸੂਚੀ ਇੱਥੋਂ ਤੱਕ ਹੀ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਹੈ: (a) ਮਾਹਰ ਇਲਾਜ ਜਿਸਨੂੰ ਸੰਕਟਕਾਲੀਨ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ, (b) ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦੁਆਰਾ, ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਿਆਂ ਰਾਹੀਂ, ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਇੱਕ "ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਯੋਜਨਾ" ਵਜੋਂ, ਤਜਵੀਜ਼ ਅਤੇ ਸਥਾਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਦੇਖਭਾਲ, ਅਤੇ (c) ਭਾਈਚਾਰੇ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਦਾਨਕਾਂ ਨੂੰ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ਾਂ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਖਭਾਲ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀਆਂ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀਆਂ, ਬੱਚੇ ਦੇ ਰਹਿਣ ਜਾਂ ਹਵਾਲਗੀ ਦੇ ਇੰਤਜ਼ਾਮਾਂ, ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰਾਂ ਬਾਰੇ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਸਟਾਫ਼ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਮੇਰੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ।

ਜੇ ਸਕੂਲੀ ਦਿਨ ਦੌਰਾਨ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਓਵਰ-ਦਾ-ਕਾਊਂਟਰ ਜਾਂ ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਹਰ ਦਵਾਈ ਲਈ ਇੱਕ "ਦਵਾਈ ਲੈਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ" ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਾਂਗਾ/ਭਰਾਂਗੀ ਅਤੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ।

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ **ਦਸਤਖ਼ਤ** (ਜੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦਾ ਹੈ): _____________ ਤਾਰੀਖ਼: ________________

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ **ਦਸਤਖ਼ਤ** (ਜੇ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਜਾਂ ਸੁਤੰਤਰ ਹੈ): ____________________________ ਤਾਰੀਖ਼: _______________

II. **ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨਾ:** ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਅਤੇ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਲਈ ਅਤੇ ਕਲੀਨਿਕ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਲਈ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਬਾਰੇ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਮੈਂ ਇੱਥੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਕੂਲ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਜਾਂ ਸਟਾਫ਼ ਨੂੰ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸੇ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਸਕੂਲੀ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਦੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ, ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਦਾ ਨਿਪਟਾਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਇਸਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਮੈਂ ਸਕੂਲ-ਆਧਾਰਿਤ ਸਿਹਤ ਕਲਿਨਿਕ ਦੇ ਸਟਾਫ਼ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਸਮੁੱਚੇ ਸਕੂਲੀ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇਖਣ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹਾਜ਼ਰੀ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ ਜੋ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਸਟਾਫ਼ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਾ ਕਰਨ ਦੇ ਮੇਰੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਲਈ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ, ਪਰ ਇਹ ਕਿ ਸਕੂਲ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਾਯੋਜਿਤ ਕੁਝ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਭਾਗੀਦਾਰੀ 'ਤੇ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਸ਼ਰਤ ਲਗਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ **ਦਸਤਖ਼ਤ** (ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਉਮਰ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ): _________________ **ਤਾਰੀਖ਼:** ________________

ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ: ______________________________________

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ **ਦਸਤਖ਼ਤ** (ਜੇ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ ’ਤੇ ਸੁਤੰਤਰ ਹੈ):________________________ **ਤਾਰੀਖ਼:**________________

**ਜਾਂ:**

ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਕੇ ਸੁਣਾਇਆ/ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਫ਼ਾਰਮ, ਅਤੇ ਸਕੂਲ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦੀ ਮੌਜੂਦਗੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਜ਼ੁਬਾਨੀ ਸਹਿਮਤੀ ____________
[ਗਵਾਹ ਦਾ ਛਪਿਆ ਹੋਇਆ ਨਾਮ]

_____________ ਨੂੰ (ਸਹਿਮਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼)।

**ਆਗਿਆ ਦੀ ਸਮਾਪਤੀ:** ਇਸ ਆਗਿਆ ਨੂੰ ਇਸਦੀ ਮਿਆਦ ਪੁੱਗਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਸਿਵਾਏ ਇਸ ਹੱਦ ਤੱਕ ਕਿ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਚੁੱਕੀ ਹੈ। ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਸਟਾਫ਼ ਦੇ ਕਿਸੇ ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਰੱਦੀਕਰਨ ਭੇਜੋ ਜਾਂ ਹੱਥੀਂ ਡਿਲੀਵਰ ਕਰੋ।

4/10/23 - Punjabi