

सिन्सिनाटी पब्लिक स्कूल्ससँग सहकार्य सिन्सिनाटी स्वास्थ्य विभागसँगको सहकार्यमा COVID-19 परीक्षणको लागि सहमति

तपाईंको बच्चा विद्यालयमा बिरामी हुनुभयो भने, तपाईं उहाँलाई COVID-19 परीक्षण गराउन सहमति जनाउनुहुन्छ भने मात्र यो फाराम पूरा गर्नुहोस्

SCHOOL NAME: विद्यालयको नाम		Grade/HR ग्रेड/मानवीय संसाधन	
PLEASE PRINT PATIENT INFORMATION कृपया बिरामीको जानकारी लेख्नुहोस्			
(Last Name): (अन्तिम नाम) प्रथामाक्षर)		(First Name): (पहिलो नाम)	(M.I.): (बीचको)
STUDENT NAME विद्यार्थीको नाम		MRN/Control # / चिकित्सा रेकर्ड नम्बर/नियन्त्रण #	
Date of Birth: जन्ममिति	Sex: लिंग	<input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female <input type="radio"/> Other पुरुष महिला अन्य	Ethnic Group: जातीय समूह
<input type="radio"/> Hispanic <input type="radio"/> Non-Hispanic <input type="radio"/> हिस्पानिक <input type="radio"/> गैर-हिस्पानिक			
Parent/Guardian (if different than patient): आमाबुवा/अभिभावक (बिरामीको भन्दा भिन्न भएमा)			
Race: जाति	<input type="radio"/> Alaskan Native अलास्का निवासी	<input type="radio"/> AM - American Indian AM - अमेरिकी भारतीय	<input type="radio"/> Asian एसियाली
	<input type="radio"/> Black/ African American काला/ अफ्रिकी अमेरिकी	<input type="radio"/> Native Hawaiian हवाई निवासी	<input type="radio"/> Patient Refused बिरामीले अस्वीकार गर्नुभयो
	<input type="radio"/> Unknown अज्ञात	<input type="radio"/> White सेतो	
Street Address: Apt. # स्ट्रीट ठेगाना: अपार्टमेन्ट #	City: शहर	State: राज्य	County: काउण्टी
Home Phone: घरको फोन	Alternate Phone: वैकल्पिक फोन	Email Address: इमेल ठेगाना:	
Zip Code: जीप कोड			
Medical Card/Insurance ID #: _____ मेडिकल कार्ड/बीमा आईडी #:			
<input type="radio"/> CareSource <input type="radio"/> Molina <input type="radio"/> Buckeye <input type="radio"/> Paramount <input type="radio"/> United Health Care <input type="radio"/> No Insurance <input type="radio"/> OTHER कुनै बीमा छैन अन्य			
*No Student will be denied a COVID-19 test due to inability to pay or lack of insurance. *कुनै विद्यार्थीको लागि भुक्तान गर्न असक्षम रहेको वा बीमाको कमिले गर्दा COVID-19 परीक्षण अस्वीकार गरिनेछैन।			
EMERGENCY CONTACT: आपतकालीन सम्पर्क	Name: नाम	Relationship: सम्बन्ध:	Phone Number: फोन नम्बर:
Are we able to leave messages with your emergency contact? के हामी तपाईंको आपतकालीन सम्पर्कमा सन्देशहरू पठाउन सक्छौं?		Yes _____ हो	No _____ होइन

Covid-19 निदानात्मक परीक्षणको लागि अनुमति र सहमति: म स्वैच्छिक रूपमा सिन्सिनाटी शहरको स्वास्थ्य विभाग, WinMed, क्रसरोड, मर्सी हेल्थ, सिन्सिनाटी चिल्ड्रन्स अस्पतालको चिकित्सा केन्द्र र यहाँ यसपछि "सिनसिनाटी पब्लिक स्कूल सहकार्य" भनिने सिन्सिनाटी पब्लिक स्कूल्सलाई COVID-19 निदानात्मक परीक्षणको उद्देश्यका लागि सङ्कलन, परीक्षण र विश्लेषण गर्न सहमति जनाउँछु र अनुमति दिन्छु। मेरो बच्चाको COVID-19 निदानात्मक परीक्षणको लागि नासोफेरिन्जियल स्वाब, मौखिक स्वाबबाट अधिकारप्राप्त चिकित्सा प्रदायक वा सार्वजनिक स्वास्थ्यद्वारा उपयुक्त नमूना सङ्कलन गर्न वा उत्पादकको उल्लिखित निर्देशनहरू अनुसार अन्य सिफारिस गरिएको सङ्कलन प्रक्रिया आवश्यक पर्नेछ भन्ने म स्वीकार गर्छु र बुझ्दछु। COVID-19 निदानात्मक परीक्षण गर्दा योसँग सम्बन्धित जोखिम र लाभहरू हुन्छन् र गलत पोजेटिभ वा गलत नेगेटिभ परीक्षण नतिजाहरू आउने सम्भावना हुन सक्छ भन्ने म बुझ्दछु। परीक्षण एकाइले मेरो बच्चाको चिकित्सा प्रदायक जस्तो क्रियाशील छैन, यो परीक्षणले मेरो बच्चाको चिकित्सा प्रदायकद्वारा गरिएको उपचारलाई प्रतिस्थापन गर्दैन भन्ने म बुझ्दछु र म मेरो बच्चाको परीक्षण नतिजाहरूको सम्बन्धमा उपयुक्त कार्य गर्न पूरै जिम्मेवारी लिन्छु। मसँग प्रश्न वा चिन्ताहरू भएमा वा मेरो बच्चाको अवस्था झन बिग्रिदै गएमा, म मेरो बच्चाको चिकित्सा प्रदायकबाट चिकित्सकीय सुझाव-सल्लाह, स्याहार र उपचार लिनेछु भन्ने कुरामा म सहमति जनाउँछु।

मैले मेरो बच्चाको COVID-19 निदानात्मक परीक्षण हुनुभन्दा अगाडि नै सिन्सिनाटी स्वास्थ्य विभागको पोस्ट-परीक्षण प्रक्रियाहरू प्राप्त गर्नेछु र मलाई सिन्सिनाटी स्वास्थ्य विभागको गोपनीयता अभ्यासहरू सम्बन्धी सूचना दिइनेछ भन्ने म बुझ्दछु।

परीक्षण नतिजाहरूको प्रकाशन: सिनसिनाटी पब्लिक स्कूल सहकार्यले उपचार वा निरन्तर स्याहारको लागि र शहरको स्वास्थ्य निर्देशकले COVID-19 को फैलावलाई नियन्त्रण, रोकथाम वा न्यूनीकरण गर्नका लागि सिन्सिनाटी पब्लिक स्कूल्स सहित व्यक्ति वा संस्थाहरूसमक्ष प्रकाशन गर्नको लागि मेरो बच्चाको COVID-19 परीक्षण नतिजाहरू र यससँग सम्बन्धित जानकारी प्रकाशित वा प्राप्त गर्न सक्छ भन्ने कुरालाई म स्वीकार गर्दछु।

सरकारी अधिकारीहरूको खुलासा: म मेरो बच्चाको परीक्षणका नतिजाहरू र सम्बन्धित जानकारी उपयुक्त काउण्टी, राज्य, सिन्सिनाटी पब्लिक स्कूल्स वा अन्य सरकारी र नियामक संस्थाहरूसँग साझा गर्न सकिनेछ भन्ने कुरा स्वीकार गर्छु।

प्रकाशन: कानून अनुसार अनुमति दिइएको पूर्ण हदसम्म, म यसद्वारा सीमितता बिना यसका सम्बन्धित अधिकारी, निर्देशक, कर्मचारी, प्रतिनिधि र एजेन्टहरूलाई मेरो बच्चाको COVID-19 को निदानात्मक परीक्षण वा मेरो बच्चाको COVID-19 परीक्षणका नतिजाहरूसँग सम्बन्धित कुनै पनि ऐन वा छूटभन्दा बाहिर वा यसको सम्बन्धमा उत्पन्न हुने कुनै पनि प्रकार वा प्रकृतिका कुनै र सबै दाबी, दायित्व र क्षतिहरूबाट सिधै सिनसिनाटी पब्लिक स्कूल सहकार्य खुलासा, डिस्चार्ज र होल्ड गर्दछु।

मैले यस फारामभित्र समावेश भएका कथनहरू पढेको, बुझेको र सहमति जनाएको छु भन्ने कुरा म स्वीकार गर्दछु र यसमा सहमत छु। मलाई COVID-19 को निदानात्मक परीक्षण, गर्नुपर्ने कार्यविधि, सम्भावित जोखिम तथा सुविधा र सम्बन्धित खर्चहरूको उद्देश्य बारे भनिएको थियो। मलाई COVID-19 को निदानात्मक परीक्षण अघि बढाउनुअघि प्रश्नहरू सोध्न अवसर दिइएको थियो र मैले मेरो बच्चाको COVID-19 निदानात्मक परीक्षणको सङ्कलन, परीक्षण वा विश्लेषण जारी राख्न नचाहेमा, मैले निरन्तर सेवाहरू प्राप्त गर्न अस्वीकार गर्न सक्छु। मैले यस फाराममा भएका सामग्रीहरू सम्पूर्णतामा पढेको छु र स्वेच्छापूर्वक COVID-19 को निदानात्मक परीक्षण गर्न सहमति जनाउँछु।

आमाबुवा/कानूनी अभिभावकको हस्ताक्षर: _____

मिति: _____

आमाबुवा/कानूनी अभिभावकको नाम लेख्नुहोस्: _____

सेल फोन नम्बर: _____

बच्चाको प्राथमिक स्याहार प्रदायक:

नाम: _____

ठेगाना: _____

फोन: _____

परीक्षणको मिति: _____

स्वास्थ्य साझेदार: _____

परीक्षण नतिजा: _____

प्रदायकको नाम: _____

परीक्षणको प्रकार: _____