

د جاري Project COVID DeteCT د رضایت فورم

د نا واکسین شویو زده کوونو له پاره د ښوونځي وړیا آزمېښت به د حضورې زده کړې وخت د باکیفیته کشفونې، د اړیکو د څارنې او پر COVID-19 د اخته کسانو د جلا کولو له لارې تر ټولو لوړې کچې ته ورسوي. د COVID-19 آزمېښت به د ویروس د لېږدونې د خطر کچه را کمه کړي او د زده کوونکو له پاره به د حضورې لارښوونې لا پایښونکي لاسرسي ته زمینه برابره کړي. د رضایت دغه فورم به د COVID د موندنې (Project COVID DeteCT) د پروژې وخت ته پوښښ ورکړي.

آزمېښت یا معاینه څه شی ده؟

دا د پوزې د ترشحاتو آزموینه ده (د پوزې د لاندینې برخې غیر فعال ترشحات) چې ترسره کېدل یې یوازې څو ثانوي وخت نیسي. دا د غیر فعال ټولو یو طریقه ده.

آیا دا معلومات په شریک شي؟

دا معلومات به یوازې د عامې روغتیا د موخو لپاره شریک شي، چې ښایي په هغې کې ستاسو له ماشوم سره د نږدې اړیکو په اړه خبرتیا چې که چېرته د COVID-19 په خطر کې وي او ستاسو د ښوونځي په چاپېریال کې د COVID-19 د لا خپرېدو د مخنیوي په موخه د نورو اقداماتو ترسره کول شامل دي. ستاسو د ماشوم په اړه د معلوماتو شریکول یوازې د پلي کېدونکي قانون سره سم ترسره کېږي او د ښار پالیسي ستاسو د ماشوم د خصوصي حریم او معلوماتو ساتنه کوي.

د زده کوونکي معلومات اړین دي	
د زده کوونکي نوم:	د زیرېدو نېټه:
پته:	جنسیت: <input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> ښځینه <input type="checkbox"/> نور
نژاد(اختیاري): <input type="checkbox"/> آسیایي <input type="checkbox"/> تور/افریقایي امریکایي <input type="checkbox"/> سپین <input type="checkbox"/> نور <input type="checkbox"/> اصلي امریکایي/ اصلي الاسکایي <input type="checkbox"/> نور <input type="checkbox"/> اصلي امریکایي/ اصلي الاسکایي <input type="checkbox"/> هاوایي/ د آرام سمندر جزیره <input type="checkbox"/> هاوایي/ د آرام سمندر جزیره	قومیت (اختیاري): <input type="checkbox"/> هسپانوي/ لاتیني <input type="checkbox"/> نه هسپانوي/ نه لاتیني
ښوونځی:	ټولگی:
د والدینو/ سرپرست معلومات: باید چمتو شي	
د والدینو/ سرپرست معلومات(مهرباني وکړئ پرنت یې کړئ):	د والدینو/ سرپرست د تلیفون شمېره #:
د والدینو/ سرپرست برېښنالیک:	

رضایت

زما د ماشوم د سیمه ییز بنوونځي حوزه، د عامې روغتیا د دپارټمنټ (Department of Public Health, DPH) په همکارۍ دا آزموینه تنظیموي او DPH زما په استازولۍ د دې آزمویني پیسې ورکوي. زه د پلټني د تشخیص شرکت او د هغې فرعي او اړونده شرکتونو ته اجازه ورکوم چې (د پلټني تشخیص) او زما محرم روغتیايي معلومات (protected health information, PHI) لکه څرنگه چې د صلاحیت ورکولو او روغتیايي LLC کې ذکر شوي شریک کړي، هغه شخص چې د تجویز صلاحیت ورکوي د Connecticut Department of Public Health (DPH) او زما د ماشوم د بنوونځي حوزه ده. زه د دې فورم په بشپړولو او سپارلو سره تاییدوم چې د رضایت ورکولو له پاره زه مناسب مور/پلار، سرپرست، یا د قانون له مخې با صلاحیته کس یم او:

- زه د بنوونځي په رسمي وخت کې د خپل ناواکسین شوي ماشوم د COVID-19 د جمعي او یا فردي اونیز آزمیښت د Connecticut Department of Public Health او کنیکټکټ د بنوونې او روزني برخې (Connecticut State Department of Education) د سکرین کولو د آزمویني د پروگرام له لارې اجازه ورکوم.
- زه د خپل ناواکسین شوي ماشوم د فردي او یا جمعي پی سي آر آزمویني اجازه ورکوم.
- زه پوهېږم چې د پوزي د ترشحاتو آزمویني د نمونو د ټولو ډولونو (د پوزي د لاندینۍ برخې غیر فعال ترشحات) راټولول یوازې څو ثانیه وخت نیسي.
- د آزمویني پایلي ته له کتو پرته، زده کوونکي باید د ماسک اغوستلو او ټولنیز واټن په ګډون د COVID-19 پر وړاندې د بنوونځي لخوا د خونديتوب ټولې لارښوونې په پام کې ونیسي او په زده کوونکي کې د COVID-19 د نښو نښانو د ښکاره کېدو په صورت کې باید د جدا کولو او آزمیښت لپاره د بنوونځي له پروتوکولونو څخه پیروي وکړي.
- زه پوهېږم که چېرته زما زده کوونکي د ناروغۍ احساس کوي، نو باید په کور کې پاتې شي. زه تاییدوم چې د مثبتې پایلي له امله باید زما زده کوونکي په کور کې پاتې شي، ځان قرنطین کړي او د لابونو مطابق ماسک واغوندي ترڅو په ویروس د نورو له اخته کېدو څخه مخنیوی وشي. د ګوښه کېدو یا قرنطین نېټې د ناحیې د اړیکو د څارلو د ډلې لخوا ټاکل کېږي.
- زه پوهېږم چې د بنوونځي سیستم زما د زده کوونکي د روغتیايي آسانتیاوو د چمتو کوونکي په توګه کار نه کوي، دا آزموینه زما د زده کوونکي د روغتیايي آسانتیاوو د چمتو کوونکي د درملنې پایله نه بدلوي او زه د خپل زده کوونکي د پایلي په برخه کې وړ او بشپړ مسوولیت منم. زه موافق یم چې د وضعیت د خرابېدو او یا کومې پوښتنې یا اندېښنې په صورت کې د خپل زده کوونکي د روغتیايي آسانتیاوو له چمتو کوونکي څخه د مرستې، پاملرنې او درملنې غوښتنه وکړم. زه پوهېږم چې زما زده کوونکي چې د خپل روغتیايي آسانتیاوو له برابر وړونکي څخه هره ډول مرسته تر لاسه کوي له مالي اړخه یې زه مسوول یم.
- د اسنادو د امضاء کوونکي په توګه، زه همدارنګه رضایت لرم چې د لېږدېدونکي روغتیايي مرکز له لارې د اونیز سواب پایلي LLC د برښنالیک، متن او د اړتیا په صورت کې د خپل کاره غریزي اړیکې له لارې تر لاسه کړم.
- زه پوهېږم زما د ناواکسین شویو زده کوونکو لپاره د COVID-19 د آزمیښت اجازه ورکول اختیاري دي او زه کولای شم د اجازې له ورکولو څخه ډډه وکړم چې په دې حالت کې به زما زده کوونکي ونه آزمایل شي.
- زه پوهېږم چې هره کله چې وغواړم کولای شم خپل پرېکړه بدله کړم او د اجازې له ورکولو څخه ډډه وکړم، مګر دا لغوه کول یوازې د راتلونکو پرېکړو لپاره دي او پر هغو معلوماتو به هېڅ اغیز ونکړي چې ما یې له وړاندې د خپرېدو اجازه ورکړې ده.

د سرپرست لاسلیک (اړین دی):

نېټه: