

## ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕੇ ਸੰਬੰਧੀ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ

## ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ - ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕਾ

ਸੰਸਕਰਣ 3.0 - 11 ਮਾਰਚ, 2021

ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਭਾਗ		ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਭਾਗ		ਪਛਾਣ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਿਹਤ ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ)	
ਲਿੰਗ: <input type="checkbox"/> ਔਰਤ <input type="checkbox"/> ਮਰਦ <input type="checkbox"/> ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ: _____				ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਚਿਕਿਤਸਕ (ਪਰਿਵਾਰਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਜਾਂ ਨਰਸ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ)	
ਜੇ ਸਵਦੇਸ਼ੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਕਿਹੜੀ ਸਵਦੇਸ਼ੀ ਪਛਾਣ ਹੈ: <input type="checkbox"/> ਪਹਿਲੇ ਰਾਸ਼ਟਰ <input type="checkbox"/> Métis (Métis ਸੰਗਠਨ ਜਾਂ ਬੰਦੋਬਸਤ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ) <input type="checkbox"/> ਇਨੁਕ/ ਇਨੂਇਟ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ ਸਵਦੇਸ਼ੀ, ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰੋ: _____ <input type="checkbox"/> ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ <input type="checkbox"/> ਅਗਿਆਤ					
ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ		ਮੋਬਾਈਲ ਫੋਨ			
ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ			ਸ਼ਹਿਰ	ਸੂਬਾ	ਡਾਕ ਕੋਡ
ਜਨਮ ਤਰੀਕ (ਦਿਨ, ਮਹੀਨਾ, ਸਾਲ) ____ / ____ / ____	ਉਮਰ	ਕੀ ਇਹ ਟੀਕੇ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲੀ ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਖੁਰਾਕ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਪਹਿਲੀ <input type="checkbox"/> ਦੂਜੀ ਜੇ ਦੂਜੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲਗਾਏ ਗਏ ਟੀਕੇ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਖੁਰਾਕ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਨਾਮ ਦੱਸੋ: _____/_____/____ (ਦਿਨ, ਮਹੀਨਾ, ਸਾਲ) ਲਗਾਏ ਗਏ ਟੀਕੇ ਦਾ ਨਾਮ: _____			

## ਟੀਕਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ

ਮੈਂ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ (ਜਾਂ ਇਹ ਮੇਰੇ ਲਈ ਪੜ੍ਹਿਆ ਗਿਆ ਹੈ) ਅਤੇ ਮੈਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਸਮੇਤ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੀ ਪੂਰਤੀ ਨੂੰ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ: 'ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ੀਟ' ਅਤੇ 'ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕਾ ਮੁਲਾਕਾਤ ਬਾਰੇ ਕੀ ਜਾਣਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ'।

- ਮੈਨੂੰ ਲੱਗਣ ਵਾਲੇ ਟੀਕੇ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤੇ ਹਨ।

### ਮੈਂ ਲੜੀਵਾਰ ਸਾਰੀਆਂ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਖੁਰਾਕਾਂ ਸਮੇਤ ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।

- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਬਦਲਵੇਂ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਜੋਂ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਉਸ ਮੰਡਲੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

**ਨੋਟ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਲੈਂਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਹੁਣ ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕਾ ਲੱਗਣਾ ਹੈ। ਇਹ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਥਾਂ ਲੈਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇਵੇਗਾ। ਜੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਬਦਲਵੇਂ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਦੁਆਰਾ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਲਈ ਗਈ ਹੈ, ਜੇ ਕਿਸੇ ਮੰਡਲੀ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਫਿਰ ਮੰਡਲੀ ਨੂੰ ਸਥਾਨਕ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਇਕਾਈ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

## ਇਕੱਤਰ ਕਰਨ ਦੀ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ, ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇੱਕ ਟੀਕਾਕਰਨ ਰਿਕਾਰਡ ਬਣਾਉਣ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਓਟਾਂਰੀਓ ਦੇ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕਾਕਰਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਇਹਨਾਂ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ, ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਹੋਰ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ,

- ਇਸਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਓਟਾਂਰੀਓ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਇਕਾਈਆਂ ਦੇ ਚੀਫ ਮੈਡੀਕਲ ਅਫਸਰ ਨੂੰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ, ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਖੁਲਾਸਾ ਹੈਲਥ ਪ੍ਰੋਟੈਕਸ਼ਨ ਐਂਡ ਪ੍ਰੋਮੋਸ਼ਨ ਐਕਟ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਅਤੇ
- ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਬਾਈ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਲਈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ, ਖੁਲਾਸਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਹਿਰਾਸਤ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਮੰਤਰਾਲੇ ਦੇ ਨਿਯੰਤਰਣ ਅਧੀਨ ਰੱਖੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਜਿੱਥੇ ਇੱਕ ਕਲੀਨਿਕ ਸਾਈਟ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਹਸਪਤਾਲ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਹਸਪਤਾਲ ਸਿਹਤ ਮੰਤਰਾਲੇ ਦੇ ਏਜੰਟ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਕੱਤਰ, ਇਸਤੇਮਾਲ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰੇਗਾ।

### ਮੈਂ ਮੰਨਦਾ/ਮੰਨਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਕਥਨ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ।

ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ, ਇੱਕ ਹਸਪਤਾਲ, ਸਥਾਨਕ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਇਕਾਈ, ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਮੰਤਰਾਲੇ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਦੀ ਯਾਦ ਦਿਵਾਉਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦਾ ਰਿਕਾਰਡ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ)। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਈ-ਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਸੰਚਾਰਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਬਾਕਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਇਸ ਨੂੰ ਦਰਸਾਓ।

### ਮੈਂ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਸੰਚਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ:

ਈ-ਮੇਲ ਰਾਹੀਂ       ਟੈਕਸਟ/SMS ਦੁਆਰਾ

ਜੇ ਈਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਚੁਣਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣਾ ਈਮੇਲ ਪਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ: \_\_\_\_\_

## ਖੇਜ ਅਧਿਐਨਾਂ ਬਾਰੇ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ

ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਖੇਜ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਬਾਰੇ ਖੇਜਕਰਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਾ ਵਿਕਲਪ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਏਗਾ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਅਧਿਐਨ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਖੇਜਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਦੱਸ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਖੇਜ ਅਧਿਐਨਾਂ ਬਾਰੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਖੁਦ ਖੇਜ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ। ਖੇਜ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣਾ ਸਵੈ ਇੱਛੁਕ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਣ ਲਈ ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਖੇਜ ਅਧਿਐਨਾਂ ਬਾਰੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਖੇਜ ਅਧਿਐਨਾਂ ਬਾਰੇ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਰਸਾਓ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਖੇਜ ਅਧਿਐਨਾਂ ਬਾਰੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ [vaccine@ontario.ca](mailto:vaccine@ontario.ca) 'ਤੇ ਸਿਹਤ ਮੰਤਰਾਲੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਇਸ ਨਾਲ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ।

**ਮੈਂ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕੇ ਸੰਬੰਧੀ ਖੇਜ ਅਧਿਐਨਾਂ ਬਾਰੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ:**

ਈ-ਮੇਲ ਰਾਹੀਂ  ਟੈਕਸਟ/SMS ਦੁਆਰਾ  ਫੋਨ ਦੁਆਰਾ  ਮੇਲ ਦੁਆਰਾ

ਜੇ ਈਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਚੁਣਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣਾ ਈਮੇਲ ਪਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ: \_\_\_\_\_

ਮੈਂ ਕੋਵਿਡ-19 ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਖੇਜ ਅਧਿਐਨਾਂ ਬਾਰੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ:

ਦਸਤਖਤ	ਪ੍ਰਿੰਟ ਨਾਮ	ਦਸਤਖਤ ਦੀ ਮਿਤੀ

ਜੇ ਆਪਣੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਲਈ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਆਪਣਾ ਸੰਬੰਧ ਦਰਸਾਓ:

ਜੇ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਲਈ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹਾਂ ਜਾਂ ਬਦਲਵਾਂ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਹਾਂ।

## ਖਾਸ ਮੁੱਦੇ ਮੁੜ: ਲੈਂਗ-ਟਰਮ ਕੋਅਰ ਹੋਮਜ਼ ਐਕਟ, 2007

ਟੀਕਾ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਲਈ ਵਸਨੀਕ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਵਾਪਸ ਲੈ ਲਈ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

## ਐਕਟ ਦੀ ਧਾਰਾ 83 ਦਾ ਸਨਮਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਬਿਆਨ:

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵੇਖੋ:

ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਾਲੇ ਘਰ ਦਾ ਹਰ ਲਾਇਸੈਂਸਕਰਤਾ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਵੇਗਾ ਕਿ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਜਾਂ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਨਹੀਂ ਦੁਆਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਇੱਕ ਸੰਭਾਵੀ ਨਿਵਾਸੀ ਨੂੰ ਦਾਖਲ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜਾਂ ਇੱਕ ਨਿਵਾਸੀ ਨੂੰ ਘਰੋਂ ਛੁੱਟੀ ਦੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾਏਗੀ ਕਿਉਂਕਿ,

- ਇੱਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ;
- ਇੱਕ ਸਮਝੌਤਾ ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ; ਜਾਂ
- ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਹਿਮਤੀ ਜਾਂ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ, ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ, ਵਾਪਸ ਲਿਆ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

## ਸਿਰਫ ਕਲੀਨਿਕ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ

ਏਜੰਟ	ਕੋਵਿਡ-19	ਉਤਪਾਦ ਦਾ ਨਾਮ	ਬਹੁਤ #	ਖੁਰਾਕ ਦੀ ਮਾਤਰਾ:	
ਐਨਾਟੋਮਿਕਲ ਸਾਈਟ		<input type="checkbox"/> ਖੱਬਾ ਡੇਲੇਟਾਈਡ <input type="checkbox"/> ਸੱਜਾ ਡੇਲੇਟਾਈਡ	ਰਸਤਾ	ਇੰਟਰਾਮਸਕੂਲਰ (IM)	ਖੁਰਾਕ #:
ਤਾਰੀਖ ਦਿੱਤੀ ਗਈ	_____ / _____ / _____ (ਦਿਨ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ)	ਸਮਾਂ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ	_____ : _____ ਸਵੇਰੇ ਸ਼ਾਮ	AEFI? (ਮੌਜੂਦਾ ਖੁਰਾਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ)	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ (ਨਾਮ, ਅਹੁਦਾ)		ਟਿਕਾਣਾ		ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੁਆਰਾ ਅਧਿਕਾਰਤ	
ਟੀਕਾਕਰਨ ਦਾ ਕਾਰਨ	<input type="checkbox"/> ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਵਰਕਰ <input type="checkbox"/> LTC: ਨਿਵਾਸੀ <input type="checkbox"/> LTC: ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਵਰਕਰ <input type="checkbox"/> LTC: ਹੋਰ ਗੈਰ- ਕਰਮਚਾਰੀ <input type="checkbox"/> RH: ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਵਰਕਰ <input type="checkbox"/> RH: ਨਿਵਾਸੀ <input type="checkbox"/> RH: ਜ਼ਰੂਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ <input type="checkbox"/> RH: ਹੋਰ ਗੈਰ-ਕਰਮਚਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਉੱਨਤ ਉਮਰ: ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਵਸੋਬਾ <input type="checkbox"/> ਦੀਰਘ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਬਾਲਗ <input type="checkbox"/> ਸਵਦੇਸ਼ੀ ਕਮਿਊਨਿਟੀ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ ਤਰਜੀਹ ਅਬਾਦੀ <input type="checkbox"/> ਸਮੂਹਿਕ ਰਹਿਣਾ: ਨਿਵਾਸੀ <input type="checkbox"/> ਸਮੂਹਿਕ ਰਹਿਣਾ: ਸਟਾਫ <input type="checkbox"/> ਸਮੂਹਿਕ ਰਹਿਣਾ: ਜ਼ਰੂਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ				
ਟੀਕਾਕਰਨ ਦਾ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ	<input type="checkbox"/> ਟੀਕਾਕਰਨ ਨਿਰੋਧਕ ਹੈ <input type="checkbox"/> ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ ਪਰ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਅਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਨੂੰ ਮੁਲਤਵੀ ਕਰਨ ਲਈ <input type="checkbox"/> ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਯੋਗ <input type="checkbox"/> ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੇ ਲੜੀ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਲਈ				
ਤੁਹਾਡੀ ਖੁਰਾਕ 2 ਵਿੱਚੋਂ 2 ਲਈ ਤਹਿ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ:	_____ / _____ / _____ (ਦਿਨ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ) _____ : _____ ਸਵੇਰੇ ਸ਼ਾਮ				