



د والدینو او سرپرستانو د کوید-19 تصدیق او اقرار

لاندې هر ماده باید د زده کوونکو د والدینو او قانوني سرپرستانو له لوري ولوستل او تصدیق شي. والدین/قانونی سرپرستان باید د دوهمې پانې په پای کې لاسلیک وکړي.

1. _____ زه پوهیرم چې د کوید – 19 عامې روغتیا بیړني حالت پر مهال به زه د ماشومانو اخیستلو او ښکته کولو ځانګړې شوي سیمه څخه پرته اجازه ونلرم چې د ښوونځي ودانۍ ته ننوځم. زه پوهیرم چې دا پروسیجر د ټولو د خونديتوب په موخه ترسره کيږي ددې لپاره دي چې د ناروغی د سرایت مخنیوي وکړي.
2. _____ زه پوهیرم چې دا زما مسولیت دی تر څو د خپلې کورنۍ نورې غړي دلته د ذکر شویو معلومات په اړه خبر کړم.
3. _____ زه پوهیرم که چېرته پرته د ماشومانو د اخیستلو و ښکته کولو سیمه څخه بیړني اړتیا وي چې د ښوونځي ودانۍ ته ننوځم نو زه به مخکې له دې چې ودانۍ ته ننوځم باید ضد عفوني استعمال کړم او ماسک به واچوم. د ښوونځي دننه به زه 6 فوټ خوندي فاصله پرته له خپلو ماشومانو څخه له نورو خلکو سره لرې والی وساتم.
4. _____ زه پوهیرم که چېرته زما ماشوم ښوونځي ته ځي نو هغه باید هېڅ راز د کوید-19 اعلام ونلري. که چې د ورځې په جریان کې زما په ماشوم کې لاندې ذکر شوي اعلام څرګند شول نو هغه به له نورو ټولګیوالو څخه جلا کيږي او ځانګړې شوي خوندي ځای ته به یوړل کيږي. زما سره له اړیکې نیولو وروسته زه باید هغه د 30 دقیقو په جریان کې باید واخلم. په دې برخې کې مرستې لپاره زما بیړني شمېرې اېډېټ شوي دي.

دغه موارد په اعلامیو کې شامل دي:

- د 100.4 فارنهایت درجې تبه یا هم له دې لوړه
- لږزه
- ساه لنډي یا په سختی ساه اخیستل
- ستړیا
- د اعضلاتو یا بدن دردونه
- سر درد
- تازه د خوند او بوی حس ورکېدل
- د ستوني درد

- توخی
- د پزې بندېدل یا هم بهېدل
- خواه ګرځېدل یا کانګې کړل
- اسهالېدل
- نور دا ټول د ناروغی اعلام چې ښايي تاسو پرې د کوید-19 اړوند اعلام فکر پرې وکړئ یا یې پرې ونکړئ

سره له دې چې ښوونیزه اداره پوهیري چې دا ټول اعلام ښايي د کوید-19 له وجې ه وي، خو بیا هم مونږ باید د عامې روغتیا بیړني حالت پر مهال دغه پروسیجر ترسره کړو.

اعلام معمولاً د مبتلا کېدلو څخه اوه ورځې وروسته څرګندیږي. ستاسو ماشوم به ښوونځي ته له را ګرځېدلو څخه پرته له درملو کارولو د څلورويشتو (24) ساعتونو په جریان کې خلاص شي.

5. _____ زه د والدين/قانوني سرپرست په توگه پوهيرم چې چې زما مسوليت دی چې زه به می د ماشوم تبه په ورځني توگه چک کوم او بنوونځی ته له ليرلو مخکې به يې اعلاميه کوم.

6. _____ زه پوهيرم د بنوونځي په رسمي ورځ به هم زما د ماشوم تب بنایي وکتل شي.

7. _____ زه پوهيرم چې زما ماشوم به مجبورېږي چې خپل لاسونه د ورځې به جريان کې د CDC سپارښت شوي لاس مينځلو پروسيجر سره سم ومنيځي.

8. _____ زه پوهيرم چې د بنوونيزې ادارې له لوري جوړ شوي پروتکل سره سم زما ماشوم اړ دی چې در وځې په جريان کې ماسک واچوي.

9. _____ زه به د بنوونځی نرس په چټکي سره خبروم کې چېرته زما ماشوم له داسې چا سره نيردي پاتي شوی وو چې هغه په کويد – 19 مبتلا وي. CDC 'نيژدي اړيکه' 6 فوټ له مبتلا شوی شخص سره د 15 دقيقو په تېرولو سره دوه ورځې مخکې د ناروغی له پيل څخه (يا د اعلاميه نلرلو ناروغانو لپاره دوه ورځې مخکې د هغوی نمونې له اخيستل څخه) تر هغه وخت پورې چې ناروغ نه وي جدا شوی تعريفوي.

10. _____ زه پوهيرم چې کله زما ماشوم په بنوونځی کې وي نو له نورو ماشومانو او د بنوونځی له مسولينو سره به په نيژدي تماس کې کيږي کوم چې خپل هم د ټولنيز سرایت په گواښ کې دي. زه پوهيرم چې د محدوديتونو هېڅ لېست، لارښودني يا هم د اقدامات د کويد – 19 د سرایت خطر له مېنځ نشي ورلی. زه پوهيرم چې زما د کورنۍ غړي په بنوونځی کې د هرچا د خونديتوب او د دغه ذکر شويو اقداماتو په مراعت کولو سره د سرایت د خطر په کمولو کې حياتي رول لوبوي.

زه _____ تصديق کوم چې ما په دغه اسنادو کې ټول ذکر شوي مقررات دقيق ولوستل او ورسره موافق يم. بنوونځی به د CDC او د واشنگتن ايالت د عامې روغتيا ادارې دواړو لارښوونې تعقيبوي. که چېرته څه بدلونونه راځي نو والدينو/قانوني سرپرستانو ته به خبر ورکول کيږي. د بنوونځی ډاکټر او د کويد-19 ساحوي مسول به له يادو ادارو سره په گډه کار کړي ترڅو راتلونکي لپاره د حياتي پريکړو په نيولو کې مرسته ترلاسه کړي.

د ماشوم نوم:

زيردني نېټه:

د والدينو نوم:

د والدينو لاسليک:

نېټه:
