

COVID-19 Pandemic Emergency Ophthalmic Treatment Consent Form

COVID-19 தொற்று அவசர கண் சிகிச்சை ஒப்புதல் படிவம்

Patient name :

நோயாளியின் பெயர் :

Age : வயது :

I understand the novel coronavirus causes the disease known as COVID-19. I understand the novel coronavirus has a long incubation period during which carriers of the virus may not show symptoms and still be contagious.

கொரோனா வைரஸ் நாவல் COVID-19 எனப்படும் நோயை ஏற்படுத்துகிறது என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன். கொரோனா வைரஸ் நாவலுக்கு நீண்ட அடைகாக்கும் காலம் இருப்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன், இதன் போது வைரஸின் கேரியர்கள் அறிகுறிகளைக் காட்டாது, இன்னும் தொற்றுநோயாக இருக்கலாம்.

During the lockdown in the wake of the current Corona companion, I have come to the hospital by myself for Emergency Treatment.

தற்போதைய கொரோனா வைரஸ் தொற்றினை அறிந்தும், அவசர சிகிச்சைக்காக நானே மருத்துவமனைக்கு வந்துள்ளேன்.

I have been made aware of the fact that under the current pandemic all non-urgent ophthalmic care is not allowed.

தற்போதைய தொற்றுநோய்களின் கீழ் அனைத்து அவசரமற்ற கண் சிகிச்சையும் அனுமதிக்கப்படவில்லை என்ற உண்மையை நான் அறிந்திருக்கிறேன்.

If I am an asymptomatic carrier or an undiagnosed patient with COVID 19, I suspect it may endanger doctors and hospital staff. It is my responsibility to take appropriate precautions and to follow the protocols prescribed by them.

நான் ஒரு அறிகுறியற்ற கேரியர் அல்லது COVID 19 உடன் கண்டறியப்படாத நோயாளி என்றால், இது மருத்துவர்கள் மற்றும் மருத்துவமனை ஊழியர்களுக்கு ஆபத்தை ஏற்படுத்தக்கூடும் என்று நான் சந்தேகிக்கிறேன். தகுந்த முன்னெச்சரிக்கை நடவடிக்கைகளை மேற்கொள்வதும், அவர்கள் பரிந்துரைத்த நெறிமுறைகளைப் பின்பற்றுவதும் எனது பொறுப்பு.

I am aware that I may get an infection from the hospital or from a doctor, and I will take every precaution to prevent this from happening, but I will not at all hold doctors and hospital staff accountable if such infection occurs to me or my accompanying persons.

எனக்கு மருத்துவமனையிலிருந்தோ அல்லது மருத்துவரிடமிருந்தோ தொற்று ஏற்படக்கூடும் என்பதை நான் அறிவேன், இது நடப்பதைத் தடுக்க நான் எல்லா முன்னெச்சரிக்கை நடவடிக்கைகளையும் எடுப்பேன், ஆனால் இதுபோன்ற தொற்று எனக்கோ அல்லது என்னுடன் உடன் வரும் உதவியாளர்களுக்கோ வந்தால் மருத்துவர்கள் மற்றும் மருத்துவமனை ஊழியர்கள் பொறுப்பல்ல என்பதை நான் அறிவேன்.

In case I or my attendant get the COVID 19 infection after the visit to the hospital, I will inform the hospital authorities at the earliest, so that appropriate tracking of the patients/attendants and hospital staff present on the day of my visit can be done.

நான் அல்லது எனது உதவியாளர் மருத்துவமனைக்குச் சென்றபின் COVID 19 நோய்த்தொற்று ஏற்பட்டால், நான் விரைவில் மருத்துவமனை அதிகாரிகளுக்குத் தெரிவிப்பேன், இதனால் எனது வருகை நாளில் இருந்த நோயாளிகள் / உதவியாளர்கள் மற்றும் மருத்துவமனை ஊழியர்களைப்

பற்றிய சரியான கண்காணிப்பு செய்ய முடியும்.

I verify the information I have provided on this form is truthful and accurate. I knowingly and willingly consent to emergency treatment completed during the COVID-19 pandemic. If I hide my facts and relevant details and because of my knowing or unknowing behavior or action the hospital staff gets infected, I may be held responsible for appropriate compensation in the court of law.

இந்த படிவத்தில் நான் வழங்கிய தகவல்கள் உண்மை மற்றும் துல்லியமானவை. COVID-19 தொற்றுநோய்களின் போது அவசர சிகிச்சைக்கு நான் தெரிந்தே மற்றும் விருப்பத்துடன் ஒப்புக்கொள்கிறேன். எனது உண்மைகளையும் தொடர்புடைய விவரங்களையும் நான் மறைத்தால், எனக்குத் தெரிந்த அல்லது அறியாத நடத்தை அல்லது நடவடிக்கை காரணமாக மருத்துவமனை ஊழியர்கள் பாதிக்கப்படுவார்கள் என்றால், நீதிமன்றத்தில் தகுந்த இழப்பீடு வழங்க நான் பொறுப்பேற்கக்கூடும்.

.....
SIGNATURE/THUMB IMPRESSION OF PATIENT
நோயாளியின் கையொப்பம் / கட்டைவிரல்

Name :

Date :

பெயர் :

தேதி :

Mobile Number. :

அலைபேசி எண்.:

Address :

முகவரி :

Name of the Attendant :

Date :

உதவியாளரின் பெயர் :

தேதி:

Signature of the Attendant :

உதவியாளரின் கையொப்பம் :

Name of the Doctor/Hospital Personnel :

Date:

மருத்துவர் / பணியாளர்களின் பெயர் :

தேதி :

Signature of the Doctor/ Hospital Personnel :

மருத்துவர் / பணியாளர்களின் கையொப்பம் :

.Disclaimer: These are only guidelines subject to change and revision at any time and as professional colleagues, you are free to make necessary improvisations to suit the circumstance.

Not for Legal purposes.