

ఏకీకృత ఆరోగ్య శిబిరంలో పాల్గొనడానికి అంగీకార పత్రం

ఆంధ్రప్రదేశ్ స్టేట్ ఎయిడ్స్ కంట్రోల్ సొసైటీ నిర్వహిస్తున్న ఆరోగ్య శిబిరంలో పాల్గొనడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను. ఈ శిబిరంలో నాకు కింద పేర్కొన్న సేవలు లభిస్తాయని నాకు వివరించారు:

- సాధారణ ఆరోగ్య పరీక్ష
- టీబీ, హెపటైటిస్, షుగర్, బీపీ వంటి వ్యాధుల స్క్రీనింగ్
- ఆరోగ్య సలహాలు మరియు కౌన్సిలింగ్
- అవసరమైతే చికిత్స కోసం రిఫerral

నాకు అర్థమైన విషయాలు:

- ఈ శిబిరం నా ఆరోగ్యాన్ని మెరుగుపరచడానికి నిర్వహించబడుతోంది
- ఈ సేవలు పూర్తిగా ఉచితం
- నా వ్యక్తిగత ఆరోగ్య సమాచారం గోప్యంగా ఉంచబడుతుంది
- ఈ శిబిరంలో పాల్గొనడం పూర్తిగా నా ఇష్టప్రకారం — ఏ భాగంలోనైనా నేను పాల్గొనకపోయినా నా రెగ్యులర్ చికిత్సపై ఎటువంటి ప్రభావం ఉండదు
- నేను ఏ సమయంలోనైనా ప్రశ్నలు అడిగే హక్కు ఉంది. అలాగే శిబిరం నుండి తప్పుకునే స్వేచ్ఛ కూడా నాకు ఉంది

పైన పేర్కొన్న విషయాలు పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్న తరువాత, ఈ ఆరోగ్య శిబిరంలో పాల్గొనడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

రోగి పేరు: _____

ART నంబర్ (ఉండినట్లయితే): _____

సంతకం / వేలిముద్ర: _____

తేదీ: _____

సాక్షి వివరాలు (రోగి సంతకం చేయలేని పరిస్థితిలో):

పేరు: _____

సంతకం: _____

రోగితో సంబంధం: _____

అంగీకారాన్ని పొందిన సిబ్బంది పేరు మరియు సంతకం:

పేరు: _____

సంతకం: _____

తేదీ: _____

