

Counselor's Commitment :

I, hereby state that the client has been counseled about the HIV test and has been explained about the implications of the test result. All details pertaining to HIV, its transmission, prevention, testing procedures, its limitations and interpretation of results have been explained and the client has given his/her free and informed consent to conduct an HIV test on him/her. I, the counselor, will do everything possible to assure that the consent of the counseling session and the test result will be kept confidential.

కౌన్సిలర్ యొక్క నిబద్ధత:

క్లయింట్కు హెచ్ఐవి పరీక్ష గురించి సలహా ఇవ్వబడిందని మరియు పరీక్ష ఫలితం యొక్క చిక్కుల గురించి వివరించబడిందని నేను దీని ద్వారా తెలియజేస్తున్నాను. హెచ్ఐవికి సంబంధించిన అన్ని వివరాలు, దాని ప్రసారం, నివారణ, పరీక్ష విధానాలు, దాని పరిమితులు మరియు ఫలితాల వివరణ వివరించబడ్డాయి మరియు క్లయింట్ అతని / ఆమెపై హెచ్ఐవి పరీక్ష నిర్వహించడానికి ఉచిత మరియు సమాచార సమ్మతిని ఇచ్చారు. కౌన్సిలింగ్ సెషన్ యొక్క సమ్మతి మరియు పరీక్ష ఫలితం గోప్యంగా ఉంచబడుతుందని భరోసా ఇవ్వడానికి నేను, కౌన్సిలర్, సాధ్యమైన ప్రతిదాన్ని చేస్తాను.

Signature of Counselor:

కౌన్సిలర్ సంతకం:

Date: 30/06/2023

తేదీ / /

Client's Informed Consent :

- ❖ I have been informed about HIV infection, Now I am aware about the possible outcomes of the test and significance. I have been informed about the limitations of the test.
- ❖ I am aware that this test cannot be imposed on me under any circumstances without my prior permission. I understand that I have the right to refuse this test.
- ❖ This is being done purely medical reasons and not any medico-legal complications.
- ❖ I am hereby giving permission to obtain the blood for HIV testing, performing the tests, generating the results and transmission of the results.

క్లయింట్ యొక్క సమాచారం సమ్మతి:

- ❖ హెచ్ఐవి సంక్రమణ గురించి నాకు సమాచారం అందింది. పరీక్ష మరియు పేరాముఖ్యత యొక్క ఫలితాల గురించి ఇప్పుడు నాకు తెలుసు. పరీక్ష యొక్క పరిమితుల గురించి నాకు సమాచారం ఇవ్వబడింది.
- ❖ నా ముందస్తు అనుమతి లేకుండా ఎట్టి పరిస్థితుల్లోనూ ఈ పరీక్ష నాపై విధించబడదని నాకు తెలుసు. ఈ పరీక్షను తిరస్కరించే హక్కు నాకు ఉందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ❖ ఇది పూర్తిగా వైద్య కారణాల వల్ల జరుగుతోంది మరియు వైద్య-చట్టపరమైన సమస్యలు కాదు.
- ❖ హెచ్ఐవి పరీక్ష కోసం రక్తం పొందటానికి, పరీక్షలు చేయటానికి, ఫలితాలను ఉత్పత్తి చేయడానికి మరియు ఫలితాల ప్రసారానికి నేను దీని ద్వారా అనుమతి ఇస్తున్నాను.

Signature of Client:

క్లయింట్ సంతకం:

Date

తేదీ / /

30/6/23

Adhar No. 63123605 0668