



Consent form for HIV Testing

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.

కొన్సలట్ యొక్క నిబధ్తత:

క్లయింటకు పోచణవి పరీక్ష గురించి సలహా ఇవ్వబడిందని మరియు పరీక్ష ఫలితం యొక్క చిక్కుల గురించి వివరించబడిందని నేను దీని ద్వారా తెలియజేస్తున్నాను. పోచణవికి సంబంధించిన అన్ని వివరాలు, దాని ప్రసారం, నివారణ, పరీక్ష విధానాలు, దాని పరిమితులు మరియు ఫలితాల వివరణ వివరించబడాయి మరియు క్లయింట అతని / అమెరై పోచణవి పరీక్ష నిర్వహించడానికి ఉచిత మరియు సమాచార సమ్మతిని ఇచ్చారు. కొన్సలటింగ్ సెషన్ యొక్క సమ్మతి మరియు పరీక్ష ఫలితం గోవ్యంగా ఉంచబడుతుందని భర్తా ఇవ్వడానికి నేను, కొన్సలట, సాధ్యమైన ప్రతిదాన్ని చేస్తాను.

Signature of Counselor: Deeksha

Date 26/09/2023

కొన్సలట సంతకం:

తారీఖ / /

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.

క్లయింట యొక్క సమాచారం సమ్మతి:

- ❖ పోచణవి సంక్రమణ గురించి నాకు సమాచారం అందింది. పరీక్ష మరియు పొరాముబ్యూత యొక్క ఫలితాల గురించి ఇప్పుడు నాకు తెలుసు. పరీక్ష యొక్క పరిమితుల గురించి నాకు సమాచారం ఇవ్వబడింది.
- ❖ నా ముందన్న అనుమతి లేకుండా ఎట్టి పరిస్థితుల్లోనూ ఈ పరీక్ష నామై విధించబడుతున్నదని నాకు తెలుసు. ఈ పరీక్షను తిరస్కరించే హక్కు నాకు ఉందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ❖ ఇది హార్టిగా వైద్య కారణాల వల్ల జరుగుతోంది మరియు వైద్య-చట్టపరమైన సమస్యలు కాదు.
- ❖ పోచణవి పరీక్ష కోసం రక్తం పొందటానికి, పరీక్షలు చేయడానికి, ఫలితాలను ఉత్పత్తి చేయడానికి మరియు ఫలితాల ప్రసారానికి నేను దీని ద్వారా అనుమతి ఇస్తున్నాను.

Signature of Client: Neha Muralikrishna

Date 26/09/2023

LANKA - PO/PS

క్లయింట సంతకం:

తారీఖ / /

Pin - 782446