

Barren River

DISTRICT HEALTH DEPARTMENT

Barren, Butler, Edmonson, Hart, Logan,
Metcalfe, Simpson, and Warren Counties



1109 State St. Bowling Green, KY 42102 (270) 781-8039

आफैं-आइजोलेसन र नियन्त्रणको रोकथाम सम्झौता

म _____ मलाई COVID-19 को निदान गरिएको छ भनि बुझ्छु र म बार्रेन नदी डिस्ट्रिक्ट स्वास्थ्य विभाग (BRDHD) लाई KRS 211.180, 214.020, 902 KAR 2:030, 902 KAR 2:050 मा मलाई यस राज्यमा COVID-19 को परिचय, प्रसारण र प्रसार तुरुन्त र BRDHD ले यी उपायहरू हटाइन्छ भनि सूचित नगरेसम्म रोकन व्यावहारिक र आवश्यक निम्नलिखित नियन्त्रणका उपायहरू कार्यान्वयन गर्न प्रदान गरिएको अधिकार स्वीकार गर्छु।

1. म दिनहुँ बार्रेन नदी डिस्ट्रिक्ट स्वास्थ्य विभागको साथ जाँच गर्ने छु। प्रत्येक जाँचको क्रममा, म मेरो तापक्रम र मैले अनुभव गरिरहेको कुनै पनि लक्षणहरू प्रदान गर्ने छु। यदि मेरा लक्षणहरू सुधार हुँदै वा झन् खराब भइरहेमा म बार्रेन नदी डिस्ट्रिक्ट स्वास्थ्य विभागलाई सूचित गर्ने छु। म प्रत्येक दिन लगभग उहि समयमा मेरो तापक्रम लिने छु।
2. यदि मलाई चिकित्सा हेरचाहको आवश्यकता भएमा, मैले पहिले फोन गर्दछु, र उनीहरूलाई मलाई COVID-19 छ भनेर भन्छु। यसले कार्यालयका कर्मचारीहरूलाई आफैं र अन्य बिरामीहरूलाई बचाउन सहयोग पुर्याउने छ। यदि मेरो सर्तमा तत्काल चिकित्सा सहायता चाहिएमा, म नजिकको आपतकालीन विभागलाई सूचित गरि तिनीहरूलाई ती सुविधा परिवहन गर्नु पहिले मेरो COVID-19 स्थितिको बारे जानकारी दिनेछु।
3. मलाई अस्पताल भर्नाको आवश्यकता नपरुन्जेल, म घरबाट छुट्टिएर बस्ने छु र सम्भव भएसम्म सबैसँग सम्पर्क कम गर्ने छु। मेरो लक्षणको समयमा र बार्रेन डिस्ट्रिक्ट नदी विभागले मलाई अलग रहनबाट मुक्त गर्दछ। म आफ्नो घर छोड्ने छैन। म यस समयमा काम गर्ने, स्कूल जाने, वा कुनै सार्वजनिक स्थलमा जाने छैन। म कुनै सार्वजनिक वा व्यावसायिक यातायातबाट यात्रा गर्ने छैन।
घरमा हुँदा, म एक विशेष “बिरामी कोठा” मा वा क्षेत्र र घरपालुवा जनावर सहित अन्य व्यक्ति वा जनावरहरूबाट टाढा बस्ने छु। सम्भव हुँदा, म मेरो कोठा/क्षेत्रमा खानेछु र बेग्लै बाथरूमको प्रयोग गर्ने छु। म मेरो ठाउँ सफा र कीटाणुरहित गर्ने छु, र घरमा अरु कसैलाई सामान्य ठाउँमा सतहहरू सफा र कीटाणुरहित गर्न अनुमति दिने छु। यसो गरेर, म संक्रामक हुँदा म आफ्नो परिवारका सदस्यहरूलाई निरन्तर संक्रमण हुने जोखिम कम गर्ने छु, जसले उनीहरूको 14 दिनको क्वारेन्टाइन सुरु गर्न अनुमति दिन्छ।
यी उपायहरू पूरा गर्ने नसकिँदा, मेरो घरका सदस्यहरू निरन्तर संक्रमणको जोखिममा रहन्छन्, उनीहरूको क्वारेन्टाइनलाई म स्वस्थ नहुन्जेल र त्यसपछि थप 14 दिन सम्म बनाउनुहोस्। यस कार्यमा मलाई एक हेरचाहकर्ता चाहिन्छ, मैले यी COVID-19 बाट: यी व्यक्तिहरूमा 60 वर्ष भन्दा माथिका व्यक्तिहरू वा दम, मधुमेह, मुटुको रोग, गम्भीर मोटापा, किडनी/फोक्सो/कलेजोको रोग, सिकल सेल रोग, थैलेसीमिया, वा प्रतिरक्षा प्रतिरोधात्मक रोग जस्ता गम्भीर बिरामी भएका व्यक्तिहरूको लागि उच्च जोखिममा कोहि हुनुहुँदैन भनि बुझ्छु ([cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/groups-at-higher-risk.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/groups-at-higher-risk.html))। यसलाई हेरचाहकर्ताहरूले संक्रमणको जोखिम सीमित गर्न र आफैं र अरुलाई बचाउन CDC निर्देशन अनुसरण गर्न सुझाव गरिन्छ (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/care-for-someone.html>)।
4. म यदि मैले धारा 3 माफत धारा 1 मा सूचीबद्ध सबै नियन्त्रण उपायहरूको पालना गर्ने नसके वा पालन नगरेमा, ब्यारेन नदी जिल्ला स्वास्थ्य विभागले यस सम्झौताको सर्तहरू कार्यान्वयन गर्नका लागि निवासी काउन्टी सर्किट कोर्टबाट एक अदालतको आदेश प्राप्त गर्न सक्छ भनि बुझ्छु।
5. यो कार्यवाहीको अधिकार क्षेत्र निवासी काउन्टी सर्किट अदालतको KRS 211.230 अनुसार छ।
6. बार्रेन नदी डिस्ट्रिक्ट स्वास्थ्य विभागले आइजोलेसन अवधि हटाउन सकिन्छ भनेर निर्धारण गर्नु अघि यस सम्झौतालाई पुनर्मूल्याङ्कन गर्ने छ।

08/27/2020

यस सम्झौता यो जारी भएको 21 दिन पछि सकिन्छ। यस सम्झौतालाई

_____ यस दिन _____ यस महिना _____, 2020

(वर्ष) मा प्रस्तुत गरिएको थियो।

सार्वजनिक स्वास्थ्य डिजाइन गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर:

Matthew L Hunt

सार्वजनिक स्वास्थ्य वा डिजाइन गर्ने व्यक्तिको प्रिन्ट गरिएको नाम: MATTHEW L HUNT, ED.D

अलग राखिएको व्यक्तिको हस्ताक्षर _____

हस्ताक्षर गरिएको मिति _____

अलग राखिएको व्यक्तिको प्रिन्ट गरिएको नाम _____

SAMPLE
DOCUMENT