

แบบฟอร์มการยอมรับความเสี่ยงในการอยู่ห้องเดียวกันและห้องเชื่อมต่อกันในสถานกักกันตัวทางเลือก

ข้าพเจ้า ได้รับการชี้แจงจากโรงแรม
..... และ โรงพยาบาล แล้วว่า ในกรณีนี้
ข้าพเจ้าและสมาชิกครอบครัว เพื่อน

1. ความสัมพันธ์
2. ความสัมพันธ์
3. ความสัมพันธ์
4. ความสัมพันธ์

ไม่ควรที่จะอยู่ในสถานกักตัวในห้องเดียวกันหรือห้องเชื่อมต่อกัน ที่สามารถพบกันได้ เพราะจะทำให้มีโอกาสที่จะ ติดเชื้อ
โรคโควิด 19จากการอยู่ร่วมกัน ข้าพเจ้า และสมาชิกครอบครัว/ เพื่อน ได้ตระหนักดี หากมีบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ติดเชื้อ โคว
วิด 19 บุคคลที่พบกัน ติดต่อกัน จะเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงจากการเป็นผู้ใกล้ชิด (**Close contact**) ซึ่งอาจทำให้ข้าพเจ้า หรือผู้
ใกล้ชิดเกิดความเสี่ยงที่จะป่วยจากโรคโควิด 19 ซึ่งโรคนี้อาจจะมีความรุนแรงและเป็นสาเหตุจนถึงขั้นเสียชีวิตได้

ข้าพเจ้า และสมาชิกครอบครัว/ เพื่อน ยอมรับความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นและยืนยันที่จะอยู่ในสถานกักตัวในห้องเดียวกัน
หรือห้องที่เชื่อมต่อกัน ถ้าหากท่านใดท่านหนึ่งมีผลตรวจเป็นบวกจากโรคโควิด 19 สมาชิกที่เหลือต้องอยู่ในสถานกักตัวอีก
14 วัน เช่น

หลังจากพบผู้ติดเชื้อในกลุ่ม 1 คน บุคคลที่เหลือ ที่พักด้วยกัน ต้องถูกกักตัวต่อ โดยเริ่มนับ 1 ใหม่ หลังจากแยก กัน กับผู้
ติดเชื้อเช่นพบ ผู้ติดเชื้อ 1 คน วันที่ 13 ของการกักตัว บุคคลที่เหลือ ต้องรับการกักตัว โดย เริ่มนับ 1 ใหม่ ในวันที่ 14
(13 + 14 วัน รวมกักตัว 27 วัน เป็นต้น) และต้อง ทำการ Swab ตาม ขั้นตอนการกักตัว เช่น day 5 และ Day 12

ข้าพเจ้า และสมาชิกในครอบครัว เพื่อน จะยอมรับความรับผิดชอบทั้งหมดและสิ่งที่เกิดขึ้นใด ๆ จากโรงพยาบาลและ
โรงแรมไม่ได้รวมในค่าใช้จ่ายนี้

อย่างไรก็ตาม ข้าพเจ้า และสมาชิกครอบครัว เพื่อน จะปฏิบัติตามกฎอย่างเคร่งครัดดังต่อไปนี้

- สวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ยกเว้นเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี
- งดเว้นการใช้ของส่วนตัวร่วมกัน เครื่องใช้ในครัว ในห้องน้ำ และอื่น ๆ
- รักษาระยะห่างซึ่งกันและกันให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้อย่างน้อย 1 เมตร

- หมั่นล้างมือก่อนหรือหลังสัมผัสพื้นผิวต่างๆ สัมผัสบริเวณใบหน้า และหากเมื่อมีอาการ เช่น เจ็บคอ น้ำมูกไหล ไอ จาม หายใจไม่สะดวก ไม่ได้กลิ่น หรือมีไข้ ข้าพเจ้าจะอยู่ห่างจากคนอื่นทันทีและแจ้งให้พนักงานของโรงพยาบาลทราบโดยเร็ว

ข้าพเจ้าขอยินยอมในเงื่อนไขต่าง ๆ ข้างต้น

ลงนาม (.....) วันที่ เวลา

ผู้เข้าพัก..... ผู้มีอำนาจลงนามที่เกี่ยวข้องกัน

ลงนาม พยาบาลวิชาชีพ (.....) วันที่ เวลา

ลงนาม พยาน (.....) วันที่ เวลา

ลงนาม พยาน (.....) วันที่ เวลา

เอกสารนี้ใช้สำหรับผู้กักตัวในสถานกักกันตัวทางเลือก (Alternative State Quarantine)