

نموذج الموافقة على إجراء اختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)

قد يوافق قاصر يبلغ من العمر 15 عامًا أو أكبر على الخضوع لاختبار كوفيد-19 وفقًا لما أمرت به هيئة الصحة بولاية أوريغون بموجب النظام الأساسي المنقح لولاية أوريغون (ORS) رقم (a)(2) 109.640.

| يُستكمل بواسطة الطالب الذي يتراوح عمره بين 15-18 | |
|--|---------------------|
| بيانات الطالب | |
| سيتم إخطارك بنتائج الاختبار. | |
| اسم الطالب: | رقم الهاتف المحمول: |
| عنوان البريد الإلكتروني: | |
| عنوان المنزل: | المدينة: |
| الرمز البريدي: | المقاطعة: |
| تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة): | الصف الدراسي: |
| الموافقة | |
| <p>باستيفائي هذا النموذج وإعادته إلى مدرستي، أقرب أنني أوافق على السماح بإجراء اختبار كوفيد-19 خلال العام الدراسي 2022-2023. وقد أخضع لاختبار كوفيد-19 في ظل ثلاث حالات: (1) إذا ظهر عليّ أعراض جديدة لفيروس كوفيد-19 أثناء وجودي في المدرسة؛ (2) إذا تعاملت مع شخص مصاب بفيروس كوفيد-19 جراء العمل مع إحدى المجموعة المدرسية وأوصت إدارة الصحة العامة المحلية بإجراء الاختبار؛ (3) إجراء اختبار فيروس كوفيد-19 مرة واحدة أسبوعيًا. أدرك أنني قد أوافق على إجراء بعض الاختبارات أو جميعها.</p> <p>أدرك أن إجراء اختبار فيروس كوفيد-19 أمر اختياري وأني يمكنني رفض منح الموافقة على إجرائه، وفي هذه الحالة، لن أخضع لإجراء مثل هذا الاختبار. أدرك أنه قد تلزمني المدرسة بالبقاء في المنزل وعدم المجيء إلى المدرسة إذا شعرت بتوسعك.</p> <p>أدرك أن أحد المختبرات المستقلة سيتولى إجراء اختبارات الفحص الأسبوعي بالنيابة عن المدرسة. كما أدرك أنه لتمكين أحد المختبرات المستقلة من إجراء اختبارات الفحص الأسبوعي، سيتطلب ذلك الإفصاح للمختبر المعني عن بعض المعلومات الشخصية، وذلك لأغراض إدارة البرنامج، ويقتصر ذلك على المعلومات التي يلزم الإفصاح عنها لأغراض إدارة البرنامج بما في ذلك اسمي وتاريخ الميلاد والمجموعة المدرسية.</p> <p>أدرك أن هيئة الصحة بولاية أوريغون (OHA) قد أتاحت هذه الاختبارات بموجب أمر دائم. أدرك أن هيئة الصحة بولاية أوريغون أو المدرسة لا يقومان بدور مقدم الرعاية الصحية الخاص بي، وأن هذا الاختبار لا يحل محل العلاج المقدم من مقدم الرعاية الصحية الخاص بي. أضطلع بكامل المسؤولية عن اتخاذ الإجراء المناسب فيما يتعلق بنتائج الاختبار، وهذا يعني طلب المشورة الطبية والرعاية والعلاج من مقدم الرعاية الصحية إذا لزم الأمر، أو التحدث مع ولي أمري و/أو الوصي إذا كنت بحاجة إلى أية مساعدة في معرفة ما الذي يتوجب عليّ فعله بعد تلقي نتائج الاختبار.</p> <p>أدرك أنه يوجد احتمالية بأن تكون نتائج اختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) السلبية خاطئة، وأني قد أكون مصابًا بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) حتى لو كانت نتيجة الاختبار سلبية. أدرك أيضًا أنه في حالة كون نتيجة اختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) الذي خضعت له إيجابية، سأبلغ هيئة الصحة العامة المحلية بنتيجة الاختبار وفقًا لما يقتضيه القانون. وإذا كانت نتيجة الاختبار إيجابية، قد يتم إبلاغ ولي أمري و/أو الوصي بهذه النتيجة بموجب النظام الأساسي المنقح لولاية أوريغون رقم 109 650.</p> | |

نموذج الموافقة على إجراء اختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)

| | |
|--|--------------------------|
| لن يتم الإفصاح عن أي معلومات صحية شخصية دون الحصول على موافقة كتابية ما لم يقتضى القانون ذلك. | |
| أمنح الإذن لموظفي المدرسة بإخضاعي لإجراء اختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) إذا ظهرت أعراض جديدة في المدرسة. | <input type="checkbox"/> |
| أمنح الإذن لموظفي المدرسة بإخضاعي لإجراء اختبار فيروس كوفيد-19 إذا تعاملت مع شخص مُصاب بالفيروس في نطاق مجموعتي المدرسية، وأوصت هيئة الصحة العامة المحلية بإجراء الاختبار. | <input type="checkbox"/> |
| أمنح الإذن للمشاركة في اختبار الفحص الأسبوعي للكشف عن فيروس كوفيد-19. | <input type="checkbox"/> |
| التاريخ | توقيع الطالب |

iOS: ضع الكاميرا فوق رمز الاستجابة السريعة وانقر على عنوان الويب.



(https://bit.ly/REALD_k-12)

Android: ضع الكاميرا فوق رمز الاستجابة السريعة وانقر على عنوان الويب أو استخدم Google Lens App Scanner.

يُرجى مساعدتنا من خلال استكمال استطلاع السلالة والعرق واللغة والإعاقة (REALD). ستساعدنا إجاباتك في معرفة المزيد عن انتشار كوفيد-19 في مجتمعاتنا، وتمويل وخدمة المجتمعات الأكثر تضرراً من كوفيد-19 بشكل أفضل.

تساعد هذه الأداة في جعل الإجابة على أسئلة السلالة والعرق واللغة والإعاقة (REALD) مريحة ونريد أن يشعر الجميع بالأمان عند الإجابة على أسئلة السلالة والعرق واللغة والإعاقة. معلوماتك سرية للغاية وسيتم التعامل معها كسجل صحي عام سري. لن تؤثر مشاركة بيانات السلالة والعرق واللغة والإعاقة (REALD) الخاصة بك على أي مزايا تحصل عليها من الولاية، مثل SNAP أو خطة الصحة في أوريغون / CAWEM. يمكنك معرفة المزيد عن السلالة والعرق واللغة والإعاقة (REALD) على الرابط <https://bit.ly/realdfacts>

الأمر متروك لك فيما إذا كنت ستجيب على أسئلة السلالة والعرق واللغة والإعاقة (REALD) سيظل طفلك يخضع للاختبار، حتى لو اخترت عدم الإجابة على الأسئلة. بالنسبة للأسئلة التي لا تريد الإجابة عليها، يمكنك اختيار "لا تريد الإجابة". تأمل هيئة الصحة في ولاية أوريغون (OHA) أن تجيب على هذه الأسئلة، لخدمتك وجميع سكان أوريغون بشكل أفضل.

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بالتنسيق الذي تفضله. يمكن التواصل مع وحدة الاستجابة والتعافي من فيروس كورونا (CRRU) على الرقم التالي 503-979-3377 أو المراسلة عبر البريد الإلكتروني CRRU@dhsosha.state.or.us. كما نقبل جميع المكالمات المُرحلة أو يمكنك الاتصال بالرقم 711.