

## نموذج موافقة القصر 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 المادة رقم 109 640(2) (أ) من النظام الأساسي المعدل لولاية أوريغون (ORS).

يُستوفى بمعرفة الطالب الذي يتراوح عمره بين 15-18 عامًا	
بيانات الطالب	
سيتم إخطارك بنتائج الاختبار.	
اسم الطالب:	رقم الهاتف المحمول:
عنوان البريد الإلكتروني:	
عنوان المنزل:	المدينة:
الرمز البريدي:	المقاطعة:
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):	الصف الدراسي:
الموافقة	
<p>باستيفائي هذا النموذج وإعادته إلى مدرستي، أقر بأنني أوافق على السماح بإجراء اختبار كوفيد-19 خلال العام الدراسي 2021-2022، حيث يجوز أن أخضع لاختبار كوفيد-19 في ثلاث حالات: (1) إذا ظهر علي أعراض جديدة لفيروس كوفيد-19 أثناء وجودي في المدرسة؛ (2) إذا تعاملت مع شخص مصاب بفيروس كوفيد-19 في 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 ذلك الاختبار؛ كما أدرك أنه قد تلزمني المدرسة بالبقاء في المنزل وعدم الحضور إلى المدرسة إذا شعرت بتعب.</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، ويقصر ذلك على المعلومات التي يلزم الإفصاح عنها لأغراض إدارة البرنامج بما في ذلك ك اسمي وتاريخ ميلادي ومجموعتي 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 الصادر 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 يجب علي فعله بعد تلقي نتائج الاختبار الخاصة بي.</p> <p>أدرك أن ثمة احتمالية بأن تكون نتائج اختبار فيروس كوفيد-19 السلبية خاطئة، وأني قد أكون مصابًا بفيروس كوفيد-19 حتى إذا كانت نتيجة الاختبار سلبية. أدرك أيضًا أنه في حالة إيجابية نتيجة اختبار فيروس كوفيد-19 الذي خضعت له، 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 المادة رقم 109 650 من النظام الأساسي المعدل لولاية أوريغون.</p> <p>لن يُفصح عن أي معلومات صحية شخصية دون الحصول على موافقة كتابية إلا إذا اقتضى القانون ذلك.</p>	
<input type="checkbox"/>	أمنح الإذن لموظفي المدرسة بإخضاعي لإجراء اختبار فيروس 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 مصاب بالفيروس داخل مجموعتي المدرسية، وأوصت هيئة الصحة العامة المحلية بإجراء الاختبار.
<input type="checkbox"/>	أمنح الإذن للمشاركة في اختبار الفحص الأسبوعي للكشف عن فيروس كوفيد-19.
توقيع الطالب	التاريخ

## نموذج موافقة القُصّر على إجراء اختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)

---

يمكنك الحصول على هذا المستند 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 مراسلتها عبر البريد الإلكتروني: [CRRU@dhsosha.state.or.us](mailto:CRRU@dhsosha.state.or.us). نقبل جميع المكالمات المُرحلة كما يمكنك الاتصال برقم 711.