

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، أقر بأنني أوافق على السماح بإجراء اختبار كوفيد-19 خلال العام الدراسي 2023-2024. 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 المجموعات المدرسية وأوصت إدارة الصحة العامة المحلية بإجراء الاختبار. أدرك أنني قد أوافق على إجراء نوع واحد من الاختبارات أو كلا النوعين.</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 بتوعلك.</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. كما أفهم أنه إذا 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)

الموافقة

- لن يتم الإفصاح عن أي معلومات صحية شخصية دون الحصول على موافقة كتابية ما لم يقتضى القانون ذلك.
- أمنح الإذن لموظفي المدرسة بإخضاعني لإجراء اختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) إذا ظهرت أعراض جديدة في المدرسة.
- أمنح الإذن لموظفي المدرسة بإخضاعني لإجراء اختبار فيروس كوفيد-19 إذا تعاملت مع شخص مُصاب بالفيروس في نطاق مجموعتي المدرسية، وأوصت هيئة الصحة العامة المحلية أو المدرسة بإجراء الاختبار.

التاريخ

توقيع الطالب

يمكنك الحصول على هذا المستند مترجمًا إلى لغات أخرى أو مكتوبًا بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بالتنسيق الذي تفضله. تواصل مع فريق ملاحظات كوفيد على 5488-945-503 أو البريد الإلكتروني feedback@odhsoha.oregon.gov. نقبل جميع المكالمات المُرحلة.