

COVID-19 General Consent Form

يُستكمل بواسطة قبل والد أو الوصي على الطالب

معلومات الطالب/الوصي (سيتم إخطارك بنتائج الاختبار).

اسم الوالد/الوصي بخط واضح:

رقم هاتف محمول الوالد/الوصي:

عنوان البريد الإلكتروني للوالد/الوصي:

معلومات الطالب

اسم الطالب:

عنوان المنزل:

الرمز البريدي:

تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة)

اسم الطالب:

عنوان المنزل:

الرمز البريدي:

تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة)

اسم الطالب:

عنوان المنزل:

الرمز البريدي:

تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة)

الموافقة

من خلال إكمال هذا النموذج وإعادته إلى المدرسة، أؤكد أنني أحد الوالدين أو الوصي على الطالب (الطلاب) المذكور أعلاه، وأني أوافق على السماح لابني بالخضوع لاختبار كوفيد-19 خلال العام الدراسي 2023-2024 عن طريق توفير مساحة أنف. يمكن تقديم اختبار كوفيد-19 للطلاب في حالتين: (1) إذا ظهرت على الطالب (الطلاب) أعراض جديدة لعدوى كوفيد-19 خلال تواجده في المدرسة؛ (2) إذا تعرض ابني (أبنائي) لعدوى كوفيد-19 في مجموعة مدرسية ويوصي قسم الصحة العامة المحلي أو المدرسة بإجراء الاختبار. أدرك أنني قد أوافق على أي أو جميع أنواع الاختبارات.

أفهم أن إجراء اختبار كوفيد-19 للطالب (الطلاب) اختياري وأني قد أرفض منح الموافقة، وفي هذه الحالة، لن يتم إخضاع الطالب (الطلاب) للاختبار. وأفهم أن الطالب (الطلاب) يجب أن يظل في المنزل بعيدًا عن المدرسة إذا شعر بتوسع.

أفهم أن هيئة صحة أوريغون (OHA) أمرت بإجراء هذه الاختبارات. وأفهم أنه لا هيئة صحة أوريغون أو المدرسة تعمل كمزود رعاية صحية للطلاب وأن هذا الاختبار لا يحل محل العلاج من قبل مقدم الرعاية الصحية للطلاب، وأنا أتحمّل المسؤولية الكاملة لاتخاذ الإجراء المناسب فيما يتعلق بنتائج اختبار الطالب. أفهم أنه لا يزال من مسؤوليتي طلب المشورة الطبية والرعاية والعلاج للطالب (الطلاب) من مقدم الرعاية الصحية المتابع له.

أفهم أن هناك احتمالاً لنتائج اختبار كوفيد-19 السلبية الخاطئة وأن الطالب (الطلاب) لا يزالون مصابين بعدوى كوفيد-19 حتى لو كانت نتيجة الاختبار سلبية.

COVID-19 General Consent Form

الموافقة

لن يتم الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية دون موافقة خطية إلا عندما يقتضي القانون ذلك.

أمنح الإذن لموظفي المدرسة لإجراء اختبار كوفيد-19 لهذا الطالب (الطلاب) إذا ظهرت عليه أعراض جديدة في المدرسة.

أمنح الإذن لموظفي المدرسة لخضوع هذا الطالب (الطلاب) للاختبار إذا تعرض لعدوى كوفيد-19 داخل مجموعة المدرسة وتوصي هيئة الصحة العامة المحلية أو المدرسة بإجراء الاختبار.

التاريخ

توقيع الوالد/الوصي

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بتنسيق آخر مجاناً. اتصل بفريق ملاحظات COVID على 503-945-5488 أو عبر البريد الإلكتروني feedback@odhsoha.oregon.gov. نقبل جميع مكالمة الترحيل.