

نموذج الموافقة العامة على الخضوع لاختبار كوفيد-19

يُستكمل بواسطة والد الطالب أو الوصي على الطالب		
معلومات الوالد/الوصي (سيتم إخطارك بنتائج الاختبار).		
		اسم الوالد/الوصي بخط واضح:
		رقم الهاتف المحمول للوالد/الوصي:
		عنوان البريد الإلكتروني للوالد/الوصي:
معلومات الطالب		
		اسم الطالب:
	المدينة:	عنوان المنزل:
	المقاطعة:	الرمز البريدي:
	مستوى الصف الدراسي:	تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة)
		اسم الطالب:
	المدينة:	عنوان المنزل:
	المقاطعة:	الرمز البريدي:
	مستوى الصف الدراسي:	تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة)
		اسم الطالب:
	المدينة:	عنوان المنزل:
	المقاطعة:	الرمز البريدي:
	مستوى الصف الدراسي:	تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة)

الموافقة

من خلال إكمال هذا النموذج وإعادته إلى المدرسة، أؤكد أنني والد أو الوصي على الطالب (الطلاب) المذكور أعلاه، وأني أوافق على السماح للطالب بالخضوع لاختبار كوفيد-19 خلال العام الدراسي 2021-2022 عن طريق توفير مساحة أنف قليلة العمق أو عينة من اللعاب. يمكن تقديم اختبار كوفيد-19 للطلاب في ثلاث حالات: (1) إذا ظهرت على الطالب (الطلاب) أعراض جديدة لعدوى كوفيد-19 أثناء تواجده في المدرسة؛ (2) إذا تعرض الطالب (الطلاب) لعدوى كوفيد-19 في مجموعة مدرسية وإذا كان قسم الصحة العامة المحلي يوصي بإجراء الاختبار؛ (3) اختبار فحص كوفيد-19 مرة واحدة في الأسبوع. أدرك أنه يجوز لي أن أوافق على أي أو جميع أنواع الاختبارات.

أفهم أن إجراء اختبار كوفيد-19 للطالب (للطلاب) اختياري وأنه يجوز لي أن أرفض منح الموافقة، وفي هذه الحالة، لن يتم إخضاع الطالب (الطلاب) للاختبار. وأفهم أن الطالب (الطلاب) يجب أن يظل في المنزل بعيداً عن المدرسة إذا شعر بتوعلك.

أفهم أن مختبراً مستقلاً يعمل نيابة عن المدرسة سيجري اختبار الفحص الأسبوعي. وأفهم أنه من أجل إجراء اختبار الفحص الأسبوعي في مختبر مستقل، يجب إرسال بعض المعلومات الشخصية المتعلقة بالطالب (الطلاب) إلى المختبر لأغراض إدارة البرنامج، وبالقدر اللازم فقط لإدارة البرنامج، بما في ذلك اسم الطالب وتاريخ الميلاد والمجموعة المدرسية.

نموذج الموافقة العامة على الخضوع لاختبار كوفيد-19

الموافقة

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

أفهم أن هناك احتمالاً لأن تكون نتائج اختبار كوفيد-19 سلبية خاطئة وأن الطالب (الطلاب) لا يزال مصاباً بعدوى كوفيد-19 حتى لو كانت نتيجة اختبار سلبية. كما أفهم أيضاً أنه إذا كانت نتائج اختبار الطالب (الطلاب) لعدوى كوفيد-19 إيجابية، فسيتم إبلاغ هيئة الصحة العامة المحلية بنتيجة الاختبار وفقاً لما يقتضيه القانون.

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

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

أمّنح الإذن لموظفي المدرسة لإجراء اختبار لهذا الطالب (الطلاب) إذا تعرض لكوفيد-19 داخل مجموعته المدرسية وإذا كانت هيئة الصحة العامة المحلية توصي بإجراء الاختبار.

أمّنح الإذن للطلاب (للطلاب) للمشاركة في اختبار الفحص الأسبوعي.

التاريخ

توقيع الوالد/الوصي

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بتنسيق آخر تفضله. تواصل مع وحدة الاستجابة والتعافي المعنية بكوفيد-19 (CRRU) عبر الهاتف على الرقم 503-979-3377، أو عبر البريد الإلكتروني على CRRU@dhsosha.state.or.us. نقبل جميع مكالمات الترحيل أو يمكنك الاتصال بالرقم 711.