

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

يجوز للقاصر الذي يبلغ 15 عامًا أو أكثر الموافقة على الخضوع لاختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) وفقًا لأمر هيئة الصحة بولاية أوريغون بموجب النظام الأساسي المنقح لولاية أوريغون (ORS) رقم (a)(2)(109.640).

| يُستكمل بواسطة القصر الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و18 | |
|---|--|
| بيانات القاصر | |
| سيتم إخطارك بنتائج الاختبار. | |
| اسم الطالب: | رقم الهاتف المحمول: |
| عنوان البريد الإلكتروني: | |
| عنوان المنزل: | المدينة: |
| الرمز البريدي: | المقاطعة: |
| تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة): | |
| الموافقة | |
| <p>بإكمال هذا النموذج وإعادته إلى مخيمي، أقر بأنني أوافق على السماح بإجراء اختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) خلال مدة المخيم. ويمكن أن أخضع لاختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) في ظل ثلاث حالات: (1) إذا ظهرت علي أعراض جديدة لفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) أثناء وجودي في المخيم؛ (2) إذا تعاملت مع شخص مُصاب بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) جراء العمل مع إحدى مجموعات المخيم وأوصت إدارة الصحة العامة المحلية بإجراء الاختبار؛ (3) إجراء فحص عند الوصول. أدرك أنني قد أوافق على إجراء بعض الاختبارات أو جميعها.</p> <p>أدرك أن إجراء اختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) أمر اختياري وأنه يمكنني رفض منح الموافقة على إجرائه، وفي هذه الحالة، لن أخضع للاختبار. أدرك أنه قد يلزمني المخيم بالبقاء في المنزل وعدم المجيء إلى المخيم إذا شعرت بتوسعك.</p> <p>أدرك أن هيئة الصحة بولاية أوريغون (OHA) قد أتاحت هذه الاختبارات بموجب أمر دائم. أدرك أن هيئة الصحة بولاية أوريغون أو المخيم 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 علي فعله بعد تلقي نتائج الاختبار.</p> <p>أدرك أنه يوجد احتمالية بأن تكون نتائج اختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) السلبية خاطئة، وأدرك أنني 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> <p>لن يتم الإفصاح عن أي معلومات صحية شخصية دون الحصول على موافقة كتابية ما لم يقتض القانون ذلك.</p> | |
| <input type="checkbox"/> | أمنح الإذن لموظفي المخيم بإخضاعني لإجراء اختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) إذا ظهرت أعراض جديدة في المخيم. |
| <input type="checkbox"/> | أمنح الإذن لموظفي المخيم بإخضاعني لإجراء اختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) إذا تعاملت مع شخص مُصاب بالفيروس في نطاق مجموعة المخيم، وأوصت هيئة الصحة العامة المحلية بإجراء الاختبار. |
| <input type="checkbox"/> | أمنح الإذن لموظفي المخيم بإخضاعني لإجراء اختبار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) إذا ظهرت أعراض جديدة في المخيم. |
| توقيع الطالب | التاريخ |

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

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. نقبل جميع المكالمات المُرحلة أو يمكنك الاتصال برقم 711.