

نموذج الموافقة على الخضوع لاختبار كوفيد-19 لمرافق الشباب السكنية

يُستكمل بواسطة الوالد أو الوصي على الطالب		
معلومات الوالد/الوصي		
سيتم إبلاغك بنتائج الاختبار.		
		اسم الوالد/الوصي بخط واضح:
		رقم هاتف محمول الوالد/الوصي:
		عنوان البريد الإلكتروني للوالد/الوصي:
معلومات الشاب		
		اسم الطالب:
		اسم المرفق:
	المدينة:	عنوان المرفق:
	المقاطعة:	الرمز البريدي:
		تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة)

نموذج الموافقة على الخضوع لاختبار كوفيد-19 لمرافق الشباب السكنية

الموافقة

من خلال إكمال هذا النموذج وإعادته إلى مرفق الشباب السكني هذا، أؤكد أنني أحد الوالدين أو الوصي على الشخص (الأشخاص) المذكور أعلاه، وأنتي أو أفاق على السماح لطفلي بالخضوع لاختبار كوفيد-19 عن طريق توفير مساحة أنفية سطحية أو عينة من اللعاب. يمكن تقديم اختبار كوفيد-19 للشباب في ثلاث حالات: (1) إذا ظهرت على طفلي أعراض جديدة من أعراض كوفيد-19؛ (2) إذا تعرض طفلي لشخص مصاب بمرض كوفيد-19؛ (3) عند الدخول أو العودة إلى المرفق لتيسير تجميع المجموعات.

أفهم أن إجراء اختبار كوفيد-19 لطفلي اختياري وأنه يجوز لي أن أرفض منح الموافقة، وفي هذه الحالة، لن يتم إخضاع طفلي للاختبار.

أفهم أن هيئة صحة أوريغون (OHA) أمرت بإجراء هذه الاختبارات. أفهم أن هيئة صحة أوريغون والبرنامج السكني لا يقومان بدور مقدم رعاية صحية لطفلي، وأنا أتحمّل المسؤولية الكاملة عن اتخاذ الإجراء المناسب فيما يتعلق بنتائج الاختبار. أفهم أنه لا يزال من مسؤوليتي طلب المشورة الطبية والرعاية والعلاج لطفلي من مقدم الرعاية الصحية المتابع له.

أفهم أن هناك احتمالاً للحصول على نتائج اختبار كوفيد-19 السلبية الخاطئة وأن طفلي قد يكون مصاباً بعدوى كوفيد-19 حتى لو كانت نتيجة الاختبار سلبية. كما أفهم أيضاً أنه إذا كانت نتائج اختبار طفلي لعدوى كوفيد-19 إيجابية، فسيتم إبلاغ نتيجة الاختبار إلى هيئة الصحة العامة المحلية وفقاً لما يقتضيه القانون.

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

أوافق الإذن لموظفي المرفق لإجراء اختبار كوفيد-19 لطفلي إذا ظهرت عليه أعراض جديدة.

أوافق الإذن لموظفي المرفق لإجراء اختبار لطفلي إذا تعرض لعدوى كوفيد-19 وإذا كانت هيئة الصحة العامة المحلية توصي بإجراء الاختبار.

أوافق الإذن لإجراء اختبار كوفيد-19 لطفلي قبل دخوله هذا المرفق أو عودته إليه لتيسير تجميع المجموعات.

التاريخ

توقيع الوالد/الوصي

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بتنسيق آخر تفضله. كما يمكنك التواصل 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 الاتصالات الهاتفية المرحلة أو بإمكانك الاتصال على الرقم 711.