

COVID-19 General Consent Form

由学生家长或监护人填写

家长/监护人信息 (您将收到检测结果的通知。)

父母/监护人正楷姓名:	
父母/监护人手机号码:	
家长/监护人电子邮件地址:	

学生信息

学生姓名:			
家庭住址:		城市:	
邮政编码:		县:	
出生日期: (MM (月) /DD (日) /YYYY (年))		年级:	

学生姓名:			
家庭住址:		城市:	
邮政编码:		县:	
出生日期: (MM (月) /DD (日) /YYYY (年))		年级:	

学生姓名:			
家庭住址:		城市:	
邮政编码:		县:	
出生日期: (MM (月) /DD (日) /YYYY (年))		年级:	

同意

通过填写本表并交回学校, 我确认我是上述学生的家长或监护人, 并且我同意让我的孩子 (学生) 在 2023-2024 学年通过提供浅鼻拭子接受 COVID-19 检测。在两种情况下可能会为学生提供 COVID-19 检测: (1) 如果我的孩子在学校期间出现 COVID-19 的新症状; (2) 如果我的孩子在学校团体中接触到 COVID-19, 并且当地公共卫生部门或学校建议进行检测。我明白我可以同意接受其中一种或两种类型的检测。

我明白, 对学生进行 COVID-19 检测是可选的, 我可以拒绝同意, 在这种情况下, 我的学生将不会被检测。我明白, 如果我的学生感到不舒服, 必须留在家里不上学。

我明白俄勒冈州卫生局 (OHA) 已下令进行这些测试。我明白, OHA 或学校都不会替代我学生的医疗服务提供者, 该测试不能取代我学生的医疗服务提供者的治疗, 我承担完全和全部责任,

COVID-19 General Consent Form

同意

对学生的测试结果采取适当的行动。我明白，我有责任为我的学生向其医疗机构寻求医疗建议、护理和治疗。

我明白 COVID-19 检测结果有可能出现假阴性，即使检测结果为阴性，我的学生仍有可能感染 COVID-19。

除非法律要求，未经书面同意，个人健康信息不会被公开。

- 我允许学校工作人员在学校出现新的症状时对该学生进行 COVID-19 的检测。
- 如果该学生在校群体中接触到 COVID-19，并且当地公共卫生部门或学校建议进行检测，我允许学校工作人员对该学生进行检测。

家长/监护人签名

日期

您可免费获取使用其他语言、大号字体、盲文或您首选格式编写的本文件。请致电 503-945-5488 或发送电子邮件至 feedback@odhsoha.oregon.gov 联系 COVID 意见反馈团队。我们接受所有中继电话。