

COVID-19一般同意书

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2021-2022学年通过提供浅鼻拭子或唾液样本接受COVID-19检测。在三种情况下会为学生提供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建议进行检测;(3)每周进行一次COVID-19的筛查检测。我明白我可以同意接受任何或所有类型的检测。

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,我的孩子将不会被检测。我明白,如果我的孩子感到不舒服,必须留在家里不上学。

我明白,代表我的学校的独立实验室将进行每周的筛查测试。我明白,为了在独立的实验室进行每周一次的筛查测试,我孩子的某些个人信息,包括学生姓名、出生日期和学校群组,将需

COVID-19一般同意书

同意

要传达给实验室，以便于管理该计划，而且只限于管理该计划所需的范围。

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孩子的医疗服务提供者，该测试不能取代我孩子的医疗服务提供者的治疗，我承担完全和全部责任，对孩子的测试结果采取适当的行动。我明白，我有责任为我的孩子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，我的孩子仍有可能感染COVID-19。我也明白，如果我的孩子对COVID-19检测呈阳性，检测结果将会依法报告给当地公共卫生部门。

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。
- 我允许学校工作人员对该学生进行测试，如果他们在学校群体中接触到COVID-19，并且当地公共卫生机构建议进行测试。
- 我允许我的孩子每周参加COVID-19的筛查测试。

家长/监护人签名

日期

您可获取使用其他语种、大号字体、盲文或您首选格式编写的本文件。如需联系冠状病毒响应与恢复单位（Coronavirus Response and Recovery Unit [CRRU]），请拨打电话 503-979-3377，或发送电子邮件至 CRRU@dhsosha.state.or.us。我们接受所有转接电话，或者您可以拨打 711。