

Mẫu Trẻ Vị Thành niên Đồng Ý Xét Nghiệm COVID-19

Trẻ vị thành niên từ 15 tuổi trở lên có thể tự đồng ý xét nghiệm COVID-19 theo yêu cầu của Cơ quan Y tế tiểu bang Oregon theo ORS 109.640(2)(a).

Do học sinh từ 15–18 tuổi lập

Thông tin học sinh

Học sinh sẽ được thông báo kết quả xét nghiệm.

Tên học sinh:	Số điện thoại:
Địa chỉ email:	
Địa chỉ nhà:	Thành phố:
Mã bưu chính:	Hạt:
Ngày sinh(MM/DD/YYYY):	Khối lớp:

Sự đồng ý

Bằng việc hoàn thành mẫu này và gửi lại cho trường, tôi xác nhận tôi đồng ý cho phép tôi được xét nghiệm COVID-19 trong năm học 2023-2024. Tôi có thể được xét nghiệm COVID-19 trong hai trường hợp sau: (1) nếu tôi phát hiện các triệu chứng COVID-19 mới khi ở trường; (2) nếu tôi tiếp xúc với COVID-19 trong một nhóm ở trường học và cơ quan y tế công cộng địa phương hoặc trường học đề nghị xét nghiệm. Tôi hiểu rằng tôi có thể đồng ý với một hoặc cả hai trường hợp xét nghiệm.

Tôi hiểu rằng xét nghiệm COVID-19 là tùy chọn và tôi có thể từ chối, trong trường hợp đó, tôi sẽ không phải xét nghiệm. Tôi hiểu rằng trường của tôi có thể đề nghị tôi ở nhà nếu cảm thấy không được khỏe.

Tôi hiểu rằng Cơ quan Y tế tiểu bang Oregon (OHA) cung cấp các xét nghiệm này thông qua lệnh chỉ định. Tôi hiểu rằng OHA và nhà trường không đóng vai trò là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe học sinh và xét nghiệm này không thay thế việc điều trị của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tôi. Tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm về các hành động thích hợp liên quan đến kết quả xét nghiệm của mình, nghĩa là phải có trách nhiệm tìm lời khuyên, sự chăm sóc và điều trị y tế từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nếu cần, hoặc nói với cha mẹ và/hoặc người giám hộ nếu tôi cần hiểu những gì nên làm sau khi nhận được kết quả xét nghiệm.

Tôi hiểu rằng kết quả xét nghiệm COVID-19 âm tính có khả năng sai và tôi vẫn có thể bị nhiễm COVID-19 kể cả khi kết quả xét nghiệm là âm tính. Tôi cũng hiểu rằng nếu kết quả xét nghiệm của tôi dương tính, kết quả sẽ được báo về cho cha mẹ và/hoặc người giám hộ theo ORS 109.650.

Mẫu Trẻ Vị Thành niên Đồng Ý Xét Nghiệm COVID-19

Sự đồng ý

Thông tin sức khỏe cá nhân sẽ không được tiết lộ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản trừ trường hợp luật pháp yêu cầu.

- Tôi cho phép nhân viên nhà trường xét nghiệm COVID-19 cho tôi nếu phát hiện có các triệu chứng mới ở trường.
- Tôi cho phép nhân viên nhà trường xét nghiệm cho tôi nếu tôi có tiếp xúc với COVID-19 trong nhóm học của mình ở trường và khi cơ quan y tế công cộng địa phương hoặc trường đề nghị xét nghiệm.

Chữ ký Học sinh

Ngày

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí bằng các ngôn ngữ khác, bản in lớn, chữ nổi hoặc một định dạng quý vị muốn. Liên lạc với Nhóm Phản hồi COVID theo số 503-945-5488 hoặc email feedback@odhsoha.oregon.gov. Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.