

Mẫu chấp thuận chung COVID-19

Do phụ huynh hoặc người giám hộ của học sinh điền

Thông tin dành cho cha mẹ/người giám hộ (Bạn sẽ được thông báo khi có kết quả xét nghiệm.)

Tên viết hoa của cha mẹ/Người giám hộ:	
Số điện thoại di động của cha mẹ/Người giám hộ:	
Địa chỉ email của cha mẹ/Người giám hộ:	

Thông tin học sinh

Tên học sinh:			
Địa chỉ nhà riêng:		Thành phố:	
Mã bưu chính:		Quận:	
Ngày sinh: (MM/DD/YYYY)		Cấp lớp:	

Tên học sinh:			
Địa chỉ nhà riêng:		Thành phố:	
Mã bưu chính:		Quận:	
Ngày sinh: (MM/DD/YYYY)		Cấp lớp:	

Tên học sinh:			
Địa chỉ nhà riêng:		Thành phố:	
Mã bưu chính:		Quận:	
Ngày sinh: (MM/DD/YYYY)		Cấp lớp:	

Chấp thuận

Bằng cách điền biểu mẫu này và gửi lại cho trường của tôi, tôi xác nhận rằng tôi là phụ huynh hoặc người giám hộ của (những) học sinh được liệt kê ở trên và tôi đồng ý cho phép học sinh của mình được xét nghiệm COVID-19 trong giai đoạn 2021-2022 năm học bằng cách cung cấp một miếng gạc mũi nông hoặc một mẫu nước bọt. Xét nghiệm COVID-19 có thể được cung cấp cho học sinh trong ba trường hợp: (1) nếu (các) học sinh của tôi phát triển (các) triệu chứng mới của COVID-19 khi ở trường; (2) nếu (các) học sinh của tôi tiếp xúc với COVID-19 trong một nhóm trường học và sở y tế công cộng địa phương đề nghị xét nghiệm; (3) xét nghiệm sàng lọc COVID-19 mỗi tuần một lần. Tôi hiểu rằng tôi có thể đồng ý với bất kỳ hoặc tất cả các loại xét nghiệm.

Mẫu chấp thuận chung COVID-19

Chấp thuận

Tôi hiểu rằng xét nghiệm COVID-19 đối với (các) học sinh là không bắt buộc và tôi có thể từ chối chấp thuận, trong trường hợp đó, (các) học sinh của tôi sẽ không được xét nghiệm. Tôi hiểu rằng (các) học sinh của tôi phải nghỉ học ở nhà nếu cảm thấy không khỏe.

Tôi hiểu rằng một phòng thí nghiệm độc lập thay mặt cho trường học của tôi sẽ tiến hành xét nghiệm sàng lọc hàng tuần. Tôi hiểu rằng để việc xét nghiệm sàng lọc hàng tuần được thực hiện tại một phòng thí nghiệm độc lập, thông tin cá nhân nhất định về (các) học sinh của tôi sẽ cần được thông báo cho phòng thí nghiệm nhằm mục đích quản lý chương trình và chỉ trong phạm vi cần thiết để quản lý chương trình, bao gồm tên học sinh, ngày sinh và nhóm trường.

Tôi hiểu rằng Cơ quan Y tế Oregon (OHA) đã yêu cầu các xét nghiệm này. Tôi hiểu rằng cả OHA hoặc trường học đều không đóng vai trò là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho học sinh của tôi và xét nghiệm này không thay thế việc điều trị của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của học sinh của tôi và tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm thực hiện hành động thích hợp liên quan đến kết quả xét nghiệm của học sinh. Tôi hiểu rằng tôi vẫn có trách nhiệm tìm kiếm lời khuyên, chăm sóc và điều trị y tế cho (các) học sinh từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của trẻ.

Tôi hiểu rằng có khả năng kết quả xét nghiệm COVID-19 âm tính giả và (các) học sinh của tôi vẫn có thể bị nhiễm COVID-19 ngay cả khi kết quả xét nghiệm là âm tính. Tôi cũng hiểu rằng nếu (các) học sinh của tôi có kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19, kết quả xét nghiệm sẽ được báo cáo cho cơ quan y tế công cộng địa phương theo yêu cầu của pháp luật.

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

- Tôi cho phép nhân viên nhà trường xét nghiệm (các) học sinh này để tìm COVID-19 nếu các triệu chứng mới phát triển ở trường.
- Tôi cho phép nhân viên nhà trường xét nghiệm (các) học sinh này nếu trẻ tiếp xúc với COVID-19 trong nhóm ở trường và cơ quan y tế công cộng địa phương đề nghị xét nghiệm.
- Tôi cho phép (các) học sinh của tôi tham gia xét nghiệm sàng lọc hàng tuần đối với COVID-19.

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ

Ngày

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác, ở dạng bản in khổ lớn, chữ braille hay theo định dạng quý vị muốn. Hãy liên hệ với Đơn vị Phục hồi và Ứng phó với Coronavirus (CRRU) theo số 503-979-3377 hoặc email CRRU@dhsosha.state.or.us. Chúng tôi nhận mọi cuộc gọi chuyển tiếp hoặc quý vị có thể quay số 711.