

Mẫu chấp thuận chung COVID-19

Do phụ huynh hoặc người giám hộ của học sinh điền đầy đủ

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 về trẻ/những trẻ

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

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

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

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 trường học. Xét nghiệm COVID-19 có thể được cung cấp cho học sinh trong ba trường hợp: (1) nếu con tôi phát triển các triệu chứng mới của COVID-19 khi ở trường; (2) nếu con tôi tiếp xúc với COVID-19 trong một nhóm trường học và sở y tế công cộng địa phương đề nghị làm xét nghiệm; (3) sàng lọc đến trường. Tôi hiểu rằng tôi có thể đồng ý với bất kỳ hoặc tất cả các loại xét nghiệm.

Tôi hiểu rằng xét nghiệm COVID-19 là không bắt buộc và tôi có thể từ chối việc chấp thuận, trong trường hợp đó, con tôi sẽ không được xét nghiệm. Tôi hiểu rằng con của tôi phải nghỉ

Mẫu chấp thuận chung COVID-19

Chấp thuận

học ở nhà nếu cảm thấy không khỏe.

Tôi hiểu rằng Cơ quan Y tế Oregon (OHA) đã yêu cầu làm 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 con tôi và xét nghiệm này không thay thế việc điều trị của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con tôi và tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm thực hiện hành động thích hợp liên quan đến kết quả xét nghiệm của con mình. Tôi hiểu rằng tôi vẫn có trách nhiệm tìm kiếm lời khuyên y tế, dịch vụ chăm sóc và điều trị cho con tôi từ chuyên gia chăm sóc sức khỏe của con tôi.

Tôi hiểu rằng có khả năng kết quả xét nghiệm COVID-19 âm tính giả và con tôi vẫn có thể bị nhiễm COVID-19 ngay cả khi kết quả xét nghiệm là âm tính. Tôi cũng hiểu rằng nếu con 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 trừ trường hợp luật pháp yêu cầu.

- Tôi cho phép nhân viên trường kiểm tra COVID-19 cho đứa trẻ này nếu có các triệu chứng mới phát triển tại trường.
- Tôi cho phép nhân viên trường xét nghiệm đứa trẻ này nếu trẻ tiếp xúc với COVID-19 trong nhóm ở trường và cơ quan y tế công cộng địa phương đề nghị làm xét nghiệm.
- Tôi cho phép nhân viên trường xét nghiệm COVID-19 đứa trẻ này khi đến trường.

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 Ứng phó với COVID-19 và Phục hồi (CRRU) theo số 503-979-3377 hoặc email CRRU@dhsosha.state.or.us. Chúng tôi nhận mọi cuộc gọi chuyển tiếp hoặc bạn có thể quay số 711.