

Phiếu chấp thuận xét nghiệm COVID-19 dành cho các cơ sở cư trú của thanh thiếu niên

Do phụ huynh hoặc người giám hộ của học sinh điền			
Thông tin dành cho Cha mẹ/Người giám hộ			
Quý vị sẽ được thông báo các kết quả xét nghiệm.			
Cha mẹ/Người giám hộ Tên viết hoa:			
Số điện thoại di động của cha mẹ/Người giám hộ:			
Cha mẹ/Người giám hộ Địa chỉ email:			
Thông tin về thanh niên			
Tên học sinh:			
Tên cơ sở:			
Địa chỉ cơ sở:		Thành phố:	
Mã bưu chính:		Quận:	
Ngày sinh: (Tháng/Ngày/Năm			

Phiếu chấp thuận xét nghiệm COVID-19 dành cho các cơ sở cư trú của thanh thiếu niên

Chấp thuận

Khi điền phiếu này và gửi phiếu trở lại cơ sở cư trú của thanh thiếu niên này, tôi xác nhận rằng tôi là phụ huynh hoặc người giám hộ của (những) cá nhân được liệt kê ở trên và tôi đồng ý cho phép con tôi được xét nghiệm COVID-19 bằng cách cung cấp một que tăm bông lấy bệnh phẩm mũi ở phần nông hoặc một mẫu nước bọt. Xét nghiệm COVID-19 có thể được cung cấp cho thanh thiếu niên trong ba trường hợp: (1) nếu con tôi có các triệu chứng mới của COVID-19; (2) nếu con tôi tiếp xúc với người bị nhiễm COVID-19; (3) khi vào hoặc quay trở lại cơ sở này để tạo điều kiện thuận lợi cho việc tạo nhóm.

Tôi hiểu rằng xét nghiệm COVID-19 cho con tôi 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 Cơ quan Y tế Oregon (OHA) đã yêu cầu làm các xét nghiệm này. Tôi hiểu rằng OHA và chương trình cư trú không đóng vai trò là chuyên gia chăm sóc sức khỏe của con tôi và tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm thực hiện hành động thích hợp liên quan đến các kết quả xét nghiệm. 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 cơ sở xét nghiệm COVID-19 cho con tôi nếu có các triệu chứng mới.
- Tôi cho phép nhân viên cơ sở xét nghiệm con tôi nếu con tôi tiếp xúc với COVID-19 và cơ quan y tế công cộng địa phương khuyến nghị xét nghiệm.
- Tôi cho phép con tôi được xét nghiệm COVID-19 trước khi vào hoặc quay trở lại cơ sở này để tạo điều kiện thuận lợi cho việc tạo nhóm.

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

Phiếu chấp thuận xét nghiệm COVID-19 dành cho các cơ sở cư trú của thanh thiếu niên

(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.