

COVID-19 General Consent Form

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 khi có kết quả xét nghiệm.)

Tên viết chữ in 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 của 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

Khi điền phiếu này và gửi lại cho trường của tôi, tôi xác nhận rằng tôi là phụ huynh hoặc người giám hộ của học sinh được liệt kê ở trên và tôi đồng ý cho phép học sinh của tôi được xét nghiệm COVID-19 trong năm học 2024-2025 bằng cách cung cấp một que thử nhanh lấy bệnh phẩm ở phần nhô ng của mũi. Xét nghiệm COVID-19 có thể được cung cấp cho học sinh trong hai trường hợp: (1) nếu học sinh của tôi có các triệu chứng mới của COVID-19 khi ở trường; (2) nếu học sinh của tôi phơi nhiễm với COVID-19 trong một nhóm ở trường học và sở 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 loại xét nghiệm.

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 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 chuyên gia chăm sóc sức khỏe cho học sinh của tôi và việc xét nghiệm này không

COVID-19 General Consent Form

Chấp thuận

thay thế cho việc điều trị của chuyên gia chăm sóc sức khỏe của học sinh của tôi và tôi chịu trách nhiệm hoàn toàn và triệt để trong việc thực hiện hành động thích hợp liên quan đến kết quả xét nghiệm của học sinh này. Tôi hiểu rằng tôi vẫn có trách nhiệm tìm kiếm lời khuyên, chăm sóc và điều trị nội khoa cho (các) học sinh của tôi từ chuyên gia 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.

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 (các) học sinh này để tìm COVID-19 nếu có các triệu chứng mới ở trường.
- ☐ Tôi cho phép nhân viên nhà trường làm xét nghiệm cho học sinh này nếu trẻ phơi nhiễm với COVID-19 trong nhóm ở trường và nếu việc xét nghiệm theo khuyến nghị của cơ quan y tế công cộng địa phương hoặc trường học.

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ

Ngày tháng

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng các ngôn ngữ khác, dưới dạng bản in khổ lớn, chữ nổi hay theo định dạng quý vị mong muốn, miễn phí. Liên hệ 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.