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 *(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 (những) 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 2022-2023 bằng cách cung cấp một que tăm bông lấy bệnh phẩm ở 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 có các triệu chứng mới của COVID-19 khi ở trường; (2) nếu (các) học sinh của tôi phơi nhiễm với COVID-19 trong một nhóm ở 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 làm 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 xét 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 xét nghiệm độc lập, thông tin cá nhân nhất định về (các) học sinh của tôi sẽ cần được thông báo cho phòng xét nghiệm đó nhằm mục đích quản lý chương trình và chỉ trong phạm vi cần thiết để quản lý chương trình, bao gồm tên, ngày sinh và nhóm ở trường của học sinh.

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 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. Tôi cũng hiểu rằng nếu (các) học sinh của tôi có kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19, kết quả xét nghiệm đó 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 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 (các) 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.
- ☐ Tôi cho phép (các) học sinh của tôi tham gia xét nghiệm sàng lọc hàng tuần để tìm COVID-19.

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ	Ngày

Mẫu chấp thuận chung COVID-19

Chấp thuận	
iOS: Đặt camera của quý vị lên mã QR và nhấp vào địa chỉ web. (https://bit.ly/READLD_k-12) Android: Đặt camera của quý vị lên mã QR và nhấp vào địa chỉ web hoặc sử dụng Google Lens App Scanner.	Thay mặt con quý vị được nhắc đến trong biểu mẫu chấp thuận này, vui lòng giúp chúng tôi bằng cách hoàn thành khảo sát Chủng tộc, Dân tộc, Ngôn ngữ và Khuyết tật (Race, Ethnicity, Language and Disability, REALD). Câu trả lời của quý vị sẽ giúp chúng tôi biết thêm về sự lây truyền của COVID-19 trong cộng đồng của chúng ta, đồng thời gây quỹ và phục vụ tốt hơn cho các cộng đồng bị ảnh hưởng nhiều nhất bởi COVID-19. Công cụ này giúp trả lời các câu hỏi REALD thuận tiện và chúng tôi muốn mọi người cảm thấy an toàn khi trả lời các câu hỏi REALD. Thông tin của bạn được bảo mật nghiêm ngặt và sẽ được coi như một hồ sơ sức khỏe cộng đồng bí mật. Chia sẻ dữ liệu REALD của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ lợi ích nào quý vị nhận được từ tiểu bang, như SNAP hoặc Oregon Health Plan/CAWEM. Quý vị có thể tìm hiểu thêm về REALD tạ https://bit.ly/realdfacts Quý vị có trả lời các câu hỏi REALD hay không là tùy thuộc vào quý vị. Con quý vị sẽ vẫn nhận được xét nghiệm, ngay cả khi quý vị chọn không trả lời các câu hỏi. Đối với những câu hỏi quý vị không muốn trả lời, quý vị có thể chọn "Không muốn trả lời". OHA hy vọng quý vị sẽ trả lời những câu hỏi này, để phục vụ quý vị và tất cả người dân Oregon tốt hơn.

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 coronavirus và Phục hồi (CRRU) theo số 503-979-3377 hoặc email CRRU@dhsoha.state.or.us. Chúng tôi nhận mọi cuộc gọi chuyển tiếp hoặc quý vị có thể quay số 711.