

COVID-19一般同意书

由学生家长或监护人填写

家长/监护人信息 (您将收到检测结果的通知。)

父母/监护人正楷姓名:	
父母/监护人手机号码:	
家长/监护人电子邮件地址:	

学生信息

学生姓名:			
家庭住址:		城市:	
邮政编码:		县:	
出生日期: (MM (月) /DD (日) /YYYY (年))		年级:	

学生姓名:			
家庭住址:		城市:	
邮政编码:		县:	
出生日期: (MM (月) /DD (日) /YYYY (年))		年级:	

学生姓名:			
家庭住址:		城市:	
邮政编码:		县:	
出生日期: (MM (月) /DD (日) /YYYY (年))		年级:	

同意

通过填写本表并交回学校,我确认我是上述学生的家长或监护人,并且我同意让我的孩子(学生)在2022-2023学年通过提供浅鼻拭子或唾液样本接受COVID-19检测。在三种情况下会为学生提供COVID-19检测。(1)如果我的学生在校期间出现COVID-19的新症状;(2)如果我的学生在校团体中接触到COVID-19,并且当地公共卫生部门建议进行检测;(3)每周进行一次COVID-19的筛查检测。我明白我可以同意接受任何或所有类型的检测。

我明白,对学生进行COVID-19检测是可选的,我可以拒绝同意,在这种情况下,我的学生将不会被检测。我明白,如果我的学生感到不舒服,必须留在家里不上学。

我明白,代表我的学校的独立实验室将进行每周的筛查测试。我明白,为了在独立的实验室进行每周一次的筛查测试,我学生的某些个人信息,包括学生姓名、出生日期和学校群组,将需

COVID-19一般同意书

同意

要传达给实验室，以便于管理该计划，而且只限于管理该计划所需的范围。

我明白俄勒冈州卫生局（OHA）已下令进行这些测试。我明白，OHA或学校都不会替代我学生的医疗服务提供者，该测试不能取代我学生的医疗服务提供者的治疗，我承担完全和全部责任，对学生的测试结果采取适当的行动。我明白，我有责任为我的学生向其医疗机构寻求医疗建议、护理和治疗。

我明白COVID-19检测结果有可能出现假阴性，即使检测结果为阴性，我的学生仍有可能感染COVID-19。我也明白，如果我的学生对COVID-19检测呈阳性，检测结果将会依法报告给当地公共卫生部门。

除非法律要求，未经书面同意，个人健康信息不会被公开。

- 我允许学校工作人员在学校出现新的症状时对该学生进行COVID-19的检测。
- 我允许学校工作人员对该学生进行测试，如果他们在学校群体中接触到COVID-19，并且当地公共卫生机构建议进行测试。
- 我允许我的学生每周参加COVID-19的筛查测试。

家长/监护人签名

日期

iOS: 将您的手机照相镜头对准 QR 码，然后点击网址。



(https://bit.ly/REALD_k-12)

Android: 将您的手机镜头对准 QR 码，然后点击网页地址，或使用 Google Lens 应用程序扫描器。

请代表本同意书中提到的您的孩子，帮助我们完成种族、民族、语言和残疾（REALD）调查。您的回答将帮助我们了解更多关于 COVID-19 在我们社区的传播情况，并更好地资助和服务于受 COVID-19 影响最大的社区。

这个工具有助于使回答 REALD 问题方便，我们希望每个人都对回答 REALD 问题感到安全。您的信息是被严格保密的，并将作为机密公共健康记录对待。分享您的 REALD 数据不会影响您从该州获得的诸如 SNAP 或俄勒冈州健康计划/CAWEM 的任何福利。您可以通过

<https://bit.ly/realdfacts>，了解更多关于 REALD 的信息

是否回答 REALD 的问题取决于您。即使您选择不回答问题，您的孩子仍然会得到测试。对于您不想回答的问题，您可以选择“不想回答”。OHA 希望您能回答这些问题，以便更好地为您和所有俄勒冈人服务。

您可获取使用其他语种、大号字体、盲文或您首选格式编写的本文件。如需联系冠状病毒响应与恢

COVID-19一般同意书

复单位 (Coronavirus Response and Recovery Unit [CRRU]), 请拨打电话 503-979-3377, 或发送电子邮件至 CRRU@dhsosha.state.or.us。我们接受所有转接电话, 或者您可以拨打 711。