

## 19 الاختياري المجمع-نموذج موافقة الطالب لإجراء اختبار كوفيد

لتعبئته من قبل الوالد (ة) / ولي الأمر

مع لومات الوالد (ة) / ولي الأمر

الإلكتروني البريدي أو الهاتف عبر الفردية المتابعة اختبارات بنتائج إشعارك سيتم ولكن المجمع، الاختبارات بنتائج إخطارك يتم لن

الوالد (ة) / ولي الأمر الاسم المطبوع:			
/ ولي الأمر الخلوي / هاتف الوالد (ة) المحمول # # الخلوي الهاتف هذا إلى النتائج إرسال سيتم -ملاحظة			
الوالد (ة) / ولي الأمر عن وان البريدي الإلكتروني:			
مع لومات الطفل / الطالب			
الاسم المطبوع للطفل / الطالب:			
مستوى الصف الدراسي:		حجرة الدراسة (إذا كان قابلاً للتطبيق):	
تاريخ الميلاد: (السنة/الايوم/الشهر)		العمر:	
هل تم تشخيص إصابة الطالب المذكور 19 خلال ال- 90 يوماً -أعلاه بكوفيد الماضية؟:	<input type="checkbox"/> 19 إيجابية في آخر 90 يوماً-نعم، جاءت نتيجة اختبار الطالب لكوفيد 19-لكوفيد إيجابي اختبار آخر تاريخ أدرج بنعم، الإجابة كانت إذا <input type="checkbox"/> 19 إيجابية في آخر 90 يوماً-لا، لم تكن نتيجة اختبار الطالب لكوفيد		

### الموافقة

الفرد المخول قانوناً لتحويل أقر، من خلال تعبئة وتسليم هذا النموذج، بأنني الوالد (ة) أو ولي الأمر المناسب أو الموافقة وأشهد بما يلي:

- 19 المجمع الأسبوعي على طفلي خلال ساعات الدراسة إضافة إلى أي -أرخص بجمع و إجراء اختبار كوفيد اختبارات متابعة تشخيصية فردية ضرورية على الطالب) بما في ذلك اختبارات المسبب ضد السريري / الجزئية). أدرك أن جميع أنواع العينات ستكون عبارة عن مسحات PCR واختبارات Abbott BinaxNOW أنف قصيرة وغير جراحية.
- أدرك أن الاختبار المجمع لا يسفر عن نتائج فردية لكل عضو في المجموعة وأنه لا يمكن مشاركة نتائج الصحية الشخصية الطالب الفردية في الاختبار المجمع معي. أدرك، مع ذلك، أنه قد يتم إدخال المعلومات للطالب في المنصة التكنولوجية لمزود الاختبار للمساعدة في تتبع الاختبارات المجمع وتحديد الأفراد الذين يحتاجون إلى فحوصات المتابعة.
- 19 يتم إجراؤه على -أدرك أنه سيتم إشعاري بنتائج أي اختبار «متابعة» تشخيصي فردي لكوفيد الطالب.
- 19 إيجابية أو سلبية كاذبة في الاختبارات المجمع -احتمالاً لتكون نتيجة اختبار كوفيد أدرك أن من ك الفردية. نظراً لاحتمالية أن تكون النتيجة سلبية خاطئة، أدرك أنه يتعين على الطالب الاستمرار في الامتحان في ذلك ارتداء الأقنعة والتباعد-اتباع جميع إرشادات السلالة الخاصة بكوفيد 19 على -والالتزام ببروتوكولات المدرسة الخاصة بالعزل والاختبار في حالة ظهور أعراض كوفيد الطالب.
- أدرك أن الموظفين الذين يديرون الاختبار المجمع واختبار المتابعة قد تلقوا تدريبا على الإدارة الآمنة والأمناء والموظفين و \_\_\_\_\_ والسليمة للاختبار. أوافق على أن مدير الاختبار الأعوان و رعاة المنظمة غير مسؤولين عن أي حادث أو إصابات قد تحدث جراء المشاركة في برنامج الاختبار المجمع.
- على الطالب البقاء في البيت إذا شعر بمرض. أعترف بأن نتيجة اختبار المتابعة يتعين أدرك أنه الفردية الإيجابية هي إشارة إلى أن طفلي يجب أن يبقى في البيت بعيدا عن المدرسة وأن يعزل نفسه ويستمر في ارتداء قناع أو غطاء الوجه وفقاً للتوجيهات لمحاولة تجنب الإصابة الآخرين.
- ام المدرسي لا يتصرف كمقدم خدمات طبية لطفلي، وأن هذا الاختبار لا يحل محل العلاج الذي أدرك أن النظ يقدمه مقدم الخدمات الطبية، وأتحمّل المسؤولية الكاملة والتمام لاتخاذ الإجراءات المناسبة فيما يتعلق مقدم الخدمات بنتائج اختبار طفلي. أوافق على أنني سأطلب المشورة الطبية والرعاية والعلاج من الطبيب لطفلي إذا كانت لدي أسئلة أو مخاوف أو إذا ساءت حالة طفلي. أدرك أنني مسؤول مالي عن أي رعاية

يتملقاها الطالب من مقدم الرعاية الصحية الخاص به.

- H. أدرك أن اختبار المتابعة سينفرز معلومات صحية محمية وغيره من معلومات التعريف الشخصية للطالب. (، أخص وأوجه شركة الاختبار لتحويل هذه المعلومات الصحية المحمية إلى CFR 164.524(c)3 لـ 45 طبقاً مدرسة طفلي وإدارة الصحة العامة وإدارة التعليم الابتدائي والثانوي ومزود الاختبار. أدرك كذلك أنه قد والإنسانية ولأي طرف يتم الكشف عن المعلومات الصحية المحمية للمكتب التنفيذي للخدمات الصحية (HIPAA) آخر على النحو المسموح به بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة )
- I. 19 هذه للطالب أمر اختياري وأنه يمكنني رفض منح هذا الترخيص، -أدرك أن الترخيص باختبارات كوفيد ولن يتم اختبار الطالب في هذه الحالة.
- J. ي تخيري رأيي وإلغاء هذا الترخيص في أي وقت، غير أن هذا الإلغاء هو تطلعي فقط ولن أدرك أنه بإمكان 19 أحتاج إلى -إلغاء هذا الترخيص بإجراء اختبار كوفيد يؤثر على المعلومات التي سمحت بنشرها. الاتصال بـ.

ئد والمخاطر المحتملة، وقد تلقيت لقد تم إبلاخي أن، الموقع أدناه، بالغرض من الاختبار وبالإجراءات والفوا نسخة من هذه الموافقة المستنيرة. لقد أنتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة قبل التوقي، وقيل لي أنه يمكنني 19 على طفلي. -طرح أسئلة إضافية في أي وقت. أوافق طواعية على إجراء هذا الاختبار لكوفيد

توقيع الوالد (ة) / ولي الأمر:

التاريخ: