

COVID-19 一般同意表格

由學生家長或監護人填寫

家長/監護人資料 (您將收到測試結果通知。)

| | |
|---------------|--|
| 家長/監護人 正楷名字: | |
| 家長/監護人手機號碼: | |
| 家長/監護人電子郵件地址: | |

學生資料

| | | | |
|---------------|--|-----|--|
| 學生名字: | | | |
| 住宅地址: | | 城市: | |
| 郵政編碼: | | 郡: | |
| 出生日期: (月/日/年) | | 年級: | |

| | | | |
|---------------|--|-----|--|
| 學生名字: | | | |
| 住宅地址: | | 城市: | |
| 郵政編碼: | | 郡: | |
| 出生日期: (月/日/年) | | 年級: | |

| | | | |
|---------------|--|-----|--|
| 學生名字: | | | |
| 住宅地址: | | 城市: | |
| 郵政編碼: | | 郡: | |
| 出生日期: (月/日/年) | | 年級: | |

同意

透過填寫此表格並將其返還給我的學校，我確認我是上述學生的家長或監護人，並且我同意允許我的學生在 2021-2022 學年期間通過提供淺鼻拭子或唾液樣本來接受 COVID-19 測試。在以下三種情況下，可能會向學生提供 COVID-19 測試：(1) 如果我的學生在學校期間出現 COVID-19 的新症狀；(2) 如果我的學生在學校團體中接觸過 COVID-19，並且當地公共衛生部門建議進行檢測；(3) 每週一次的 COVID-19 篩查測試。我明白我可以同意任何或所有類型的測試。

我了解對學生進行 COVID-19 測試是一個選項，我可以拒絕同意，在這種情況下，我的學生將不會接受測試。我了解我的學生如果感覺不適必須留在家中。

我了解代表我學校的獨立實驗室將進行每週篩查測試。我了解，為了獨立實驗室進行每週篩查測試，需要將有關我學生的某些個人資料傳達給實驗室以便管理該計劃，並僅在管理計劃所需的範圍內，包括學生姓名、出生日期和學校隊列。

我了解俄勒岡州衛生局 (OHA) 已下令進行這些測試。我了解 OHA 或學校都並非我學生的醫療

COVID-19 一般同意表格

同意

保健提供者，並且此測試不會取代我學生的醫療保健提供者的治療，並且我承擔完全和全部責任對學生的測試結果採取適當的行動。我明白我有責任從他們的醫療保健提供者那裏為我的學生尋求醫療建議、護理和治療。

我了解 COVID-19 測試結果可能出現假陰性，即使測試結果為陰性，我的學生仍可能感染 COVID-19。我也明白，如果我的學生（們）的 COVID-19 檢測呈陽性，檢測結果將根據法律要求通報給當地公共衛生當局。

除非法律要求，否則未經書面同意，不得發佈個人健康資料。

- 如果學校出現新症狀，我允許學校工作人員對這名學生進行 COVID-19 檢測。
- 如果該學生在他們的學校隊列中暴露於 COVID-19 並且當地公共衛生當局建議進行測試，我允許學校工作人員對他們進行測試。
- 我允許我的學生參加每週的 COVID-19 篩查測試。

家長/監護人簽名

日期

您可以獲取本文件其他語言、大字體、點字或首選格式的版本。聯絡新冠肺炎應對及康復小組 (Coronavirus Response and Recovery Unit, CRRU)，電話：503-979-3377，或電郵：CRRU@dhsosha.state.or.us。我們接聽所有轉駁電話，或者您可以致電 711。