

أولياء الأمور / الأوصياء
(يرجى طباعة الإسم كاملاً)

رقم هاتف أولياء الأمور / الأوصياء:

البريد الإلكتروني لأولياء الأمور/الأوصياء:

معلومات حول الطالب:

اسم الطالب:
(يرجى طباعة الإسم كاملاً)

المستوى التعليمي: الصف:

تاريخ الولادة:
(الشهر/اليوم/السنة)

عنوان السكن:

الرمز البريدي:	المدينة:	العرق (اختر إجابة واحدة): <input type="checkbox"/> الهنود الأميركيين / سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود / أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> سكان هاواي الأصليين / جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> عرق آخر <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
----------------	----------	---

الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> متحول جنسياً <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	الجذور (اختر إجابة واحدة): <input type="checkbox"/> إسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> غير إسباني أو لاتيني
--	--

الموافقة على المشاركة / عدم المشاركة: <input type="checkbox"/> أجل، أنتي موافق على حضور طالبي لإختبار كوفيد-19 بعد ظهور العوارض (يرجى قراءة النموذج أدناه وتوقيعه). <input type="checkbox"/> كلا، أنتي غير موافق على حضور طالبي لإختبار كوفيد-19 بعد ظهور العوارض (يرجى عدم اتخاذ مزيد من الإجراءات).

بيان ونموذج الموافقة

من خلال إكمال هذا النموذج وإرساله، أؤكد أنتيولي أمر أو الوصي الشرعي قانوناً لتقديم الموافقة التالية، وبالتالي أنتي:

أ. أصرّح بجمع اختبار وعينة لفحص فردي لـ كوفيد-19 من طالبي أثناء وجوده في المدرسة؛ ومن خلال توقيعي على هذا النموذج، فإنني أعتبر موافقاً على هذا الإختبار لطالبي.

• يمكن إجراء الاختبار الفردي للطالب الذي تظهر عليه الأعراض بموافقي وذلك عند ظهور هذه الأعراض على الأفراد خلال تواجدهم في المدرسة، أو خلال الـ 24-48 ساعة الماضية.

ب. أدرك أن جميع أنواع العينات ستكون عبر عملية مسح الأنف القصيرة والطفيفة التوغل.

ج. على يقين بأنه سيتم إبلاغي بنتيجة الاختبار الفردي لـ كوفيد-19 الذي سيتم إجراؤه لطالبي.

د. على علم بحصولي على نتيجة سلبية أو إيجابية لإختبار كوفيد-19، بغضّ النظر عن نوع الإختبار الذي سيتم إجراؤه. اعتماداً على احتمالية وجود نتيجة سلبية للإختبار. كما وأنني على يقين أنه يتوجّب على طالبي الإستمرار في اتباع جميع إرشادات السلامة الخاصة بفيروس كوفيد-19، والالتزام باتباع بروتوكولات المدرسة التالية للعزل والإختبار في حالة ظهور عوارض كوفيد-19 على الطالب.

هـ. على يقين أن الموظفين الذين يقومون بإدارة جميع اختبارات كوفيد-19 قد تلقوا تدريبات معينة مرتبطة بطريقة القيام بالإختبار للحفاظ على السلامة العامة. أنتي موافق على عدم تحمل مسؤولية أي حادث قد ينتج من خلال المشاركة في اختبار كوفيد-19 لأي من مسؤولي الإختبار، أو مدارس هافر هيل الرسمية، أو حتى أي من المدارس أو المسؤولين أو الموظفين، أو رعاة المنظمة.

و. مدرك أنه يتوجّب على الطالب البقاء في المنزل عند شعوره بالتوعّد، كما أقرّ بأن النتيجة الإيجابية للإختبار الفردي هي إشارة إلى أن الطالب يجب أن يبقى في المنزل بعيداً عن المدرسة، كما عليه أن يقوم بعملية العزل، وأن يستمرّ في ارتداء قناع الوجه وفقاً للتوجيهات وذلك لتجنب إصابة الآخرين.

ز. أقر أن نظام المدرسة لا يحل مكان الطبيب الصحي، كما أن هذا الإختبار لا يحل مكان العلاج الذي سيقوم تقديمها من قبل الطبيب الصحي، كما وأنني أتحمل المسؤولية كاملةً لاتخاذ الإجراء المناسب فيما يتعلق بنتائج اختبار الطالب. كما أنني موافق على أنني سأطلب الإستشارة الطبية بالإضافة إلى الرعاية والعلاج من قبل الطبيب الصحي عند وجود أي أسئلة أو مخاوف، أو حتى عند سوء الحالة الصحية لطالبي. أنني أعتبر مسؤولاً مادياً لأي رعاية صحية يتلقاها الطالب من قبل الطبيب الصحي الخاص به.

ح. على يقين أن اختبار كوفيد-19 قد يُنشئ معلومات صحية محمية (PHI) وغيرها من معلومات التعريف الشخصية للطالب، ولن يتم استخدام هذه المعلومات والإفصاح عنها إلا وفقاً لقانون HIPAA والقانون المعمول به. وفقاً للفقرة 45 من قانون CFR 164.524 (3) (c)، أنني أقوم بالتفويض للموظف الموكّل بالقيام بالإختبار، بأن يقوم بنقل المعلومات الصحية المحمية (PHI) إلى إدارة مدرسة الطالب، بالإضافة إلى إدارة الصحة العامة في ولاية ماساتشوستس، مع المكتب التنفيذي للصحة والخدمات البشرية في ماساتشوستس، ومركز الاختبار. أنني على يقين أنه قد يتم الكشف عن المعلومات الصحية المحمية للمكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية وأي طرف آخر، على النحو المصرّح به بموجب قانون (HIPAA).

ط. أقر أن المشاركة في اختبار كوفيد-19 قد يتطلب من إدارة المدرسة الكشف عن هوية الطالب وجميع المعلومات المتعلقة به كالسكن ووسائل الاتصال الخاصة به ضمن السجلات التعليمية إلى مسؤول الاختبار، وقد يتطلب من المدرسة الكشف عن هوية الطالب وجميع المعلومات المتعلقة به كالسكن ووسائل الاتصال من سجلات التعليم إلى قسم الصحة في ولاية ماساتشوستس. فوفقاً لـ FERPA، والفقرة 34 من القانون CFR 99.30 ، أنني أفرض مدرسة طالبي بالكشف عن معلومات التعريف الشخصية (PII)، كما هو مفروض على طالبي للمشاركة بإختبار كوفيد-19.

ي. مدرّك أن القيام بإختبار كوفيد-19 لطالبي يُعتبر اختباراً، وبالتالي يمكنني رفض منح هذا التفويض، وفي هذه الحالة، لن يتم القيام بالإختبار لطالبي.

ق. أفهم أنه يمكنني تغيير رأي والقيام بإلغاء هذا الإذن بأي وقت، ويعتبر هذا الإلغاء تطليعياً فقط، ولن يقوم بالتأثير على المعلومات التي تم إصدارها مسبقاً. وللقيام بإلغاء هذا الإذن بإختبار كوفيد-19، سأقوم بالإتصال ببمدرسة المدرسة أو السيدة كاتي فوزولاس Katie Vozeolas، مديرة الصحة والتمريض عبر التواصل معها عبر البريد الإلكتروني التالي: [\(kvozeolas@haverhill-ps.org\)](mailto:kvozeolas@haverhill-ps.org).

ل. أقوم بتفويض المسؤول عن الإختبار / أو إدارة الصحة العامة في ولاية ماساتشوستس بمراقبة جوانب فيروس كوفيد-19، مثل تتبع الطفرات الفيروسية، من خلال تحليل العينات الإيجابية لأعراض الأوبئة والصحة العامة. لن تكون نتائج هذه التحليلات قابلة للتعريف شخصياً.

أنا، الموقع أدناه، أقر بأنه قد تم إبلاغي بالغرض من اختبار كوفيد-19 وإجرائه والفوائد والمخاطر المحتملة، وقد تلقيت نسخة عن نموذج الموافقة أدناه. لقد أتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة قبل التوقيع، وتم إخباري أن يمكنني طرح أسئلة إضافية في أي وقت كان. أنني أوافق على القيام بإختبار كوفيد-19 لطالبي.

اسم الطالب:	تاريخ ولادة الطالب:
اسم ولي الأمر / الوصي الشرعي:	اسم ولي الأمر / الوصي الشرعي:
اسم ولي الأمر / الوصي الشرعي:	تاريخ: