

الموافقة على اختبار كوفيد-19 المدرسي في مدارس ميلووكي العامة للعام الدراسي 2021-2022

ستستخدم مدارس ميلووكي العامة (MPS) هذا النموذج لتلقي موافقتك على اختبار طفلك للتحري عن وجود فيروس كوفيد-19 ومشاركة البيانات التي جُمعت مع السلطات الصحية العامة ذات الصلة.

ما أهمية إجراء الاختبار؟

سيساعد الاختبار في الحد من انتشار كوفيد-19 في المجتمع والتأكد من أن مدارسنا بيئات تعليمية وعمل آمنة. سيساهم اختبار الطلاب في مساعدة المنطقة على التعرف بسرعة على الحالات الإيجابية لكوفيد-19، وهو أمر بالغ الأهمية لمنع تفشي المرض في المدارس.

ما هو الاختبار؟

بموافقتك، سيخضع طفلك لاختبار تشخيصي مجاني للفيروس المسبب لكوفيد-19. سيقدم برنامج اختبار كوفيد-19 المدرسي في مدارس ميلووكي العامة حاليًا اختبار PCR لأي طالب تظهر عليه أعراض كوفيد-19 أثناء وجوده في المدرسة. ويتضمن الحصول على عينة للاختبار إدخال مسحة صغيرة، تشبه المسحة القطنية، في كل من فتحتي الأنف. ولن يُجرى الاختبار إلا إذا بعد الحصول على موافقة الوالدين/الوصي.

كيف سأعرف نتائج الاختبار؟

في حالة أخذ عينة من طفلك للاختبار في المدرسة، فستتلقى إخطارًا بنتيجة الاختبار أو نبلغك بكيفية استلام نتيجة الاختبار (على سبيل المثال: عبر الهاتف أو الرسائل النصية أو البريد الإلكتروني).

ماذا علي أن أفعل عندما أتلقى نتائج اختبار طفلي؟

إذا كان الاختبار إيجابيًا، فهذا يعني اكتشاف وجود الفيروس في عينة طفلك. وستعمل مدرسة طفلك أو أحد المتخصصين المدربين على إبلاغك بنتيجة هذا الاختبار. سيطلب منك اصطحاب طفلك من المدرسة (أو عدم إرساله إليها) مع تزويدك بمعلومات حول إبقاءه في المنزل، والمتابعة مع مقدم الرعاية الصحية المخصص لك، ومتى يمكن لطفلك العودة إلى المدرسة.

وإذا كانت نتائج اختبار طفلك سلبية، فهذا يعني عدم اكتشاف الفيروس في عينة طفلك في الوقت الحالي. وسيطلب منك اتباع التعليمات التي قدمتها مدرسة طفلك بعد نتيجة الاختبار هذه.

معلومات الاتصال - تُستكمل من أحد الوالدين/الوصي أو الطالب (إذا كان يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكبر) - يُرجى تعبئتها

اسم العائلة للطالب:		الاسم الأول للطالب:		أول حرف من الاسم الأوسط
عنوان الشارع:				
المدينة:		الولاية:	ويسكونسن	الرمز البريدي:
رقم معرف الطالب:	اسم الوالد/الوصي القانوني:	عنوان البريد الإلكتروني للوالد/الوصي القانوني:		
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)				

بالتوقيع أدناه، أشهد أنني:

- قد وقعت على هذا النموذج بحرية وطواعية، وأنا مخول قانونيًا لاتخاذ قرارات بشأن الطفل المذكور أعلاه.
- وأوافق على أنه يجوز للمدرسة إخطار طفلي بنتائج الاختبار.
- وأوافق على أن يخضع طفلي للاختبار من قبل موظفي المدرسة وموظفي الرعاية الصحية المتعاقد معهم وموظفي إدارة الصحة المحلية والقبلية و/أو غيرهم من الموظفين المدربين وفقًا لتوجيهات المدرسة. أفهم إمكانية أن يُطلب من طفلي تقديم موافقة شفوية على الاختبار إذا كان عمره يتراوح بين 14 و 17 عامًا.
- أفهم أن نموذج الموافقة هذا سيبقى ساري المفعول حتى 31 يوليو 2022، ما لم أرسل إخطارًا خطيًا إلى مدير مدرسة طفلي بأنني ألغيت موافقتي.
- أفهم احتمال مشاركة نتائج الاختبار مع المدرسة والمقاطعة والسلطات الصحية العامة المحلية والولاية والسلطات الفيدرالية الأخرى وفقًا لما يسمح به القانون.
- أفهم أنني لو كنت طالبًا يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر، أو قد أوافق قانونيًا بخلاف ذلك على الرعاية الصحية المتعلقة بي، فإن الإشارات إلى "طفلي" تشير إلي ويمكنني التوقيع على هذا النموذج نيابة عني.

يُرجى زيارة صفحة ويب مركز السيطرة على الأمراض (CDC) الخاصة بفيروس كورونا للحصول على مزيد من المعلومات حول المرض والحفاظ على سلامتك أنت وعائلتك: www.cdc.gov/coronavirus

تاريخ التوقيع

التوقيع - ولي الأمر/الوصي أو الطالب (إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر)