

فرم رضایت و اعلام شرکت/عدم شرکت در برنامه تست کووید-19 دانش آموزان MPS برای سال تحصیلی 2021-22

MPS تست کووید-19 را از دانش آموزانی می‌گیرد که علائم کووید-19 دارند و همینطور به طور منظم و هفتگی تست می‌گیرد. MPS از این فرم برای مستند کردن تمایل شما به شرکت فرزندتان در برنامه منطقه‌ای تست کووید-19 استفاده می‌کند. چنانچه انتخاب کنید که فرزندتان در این برنامه شرکت کند، به موجب این فرم رضایت شما برای گرفتن تست کووید-19 از فرزندتان و به اشتراک گذاشتن داده‌های مربوطه با مقامات مسئول سلامت عمومی مستند می‌شود.

چرا تست بدهید؟ انجام تست به کاهش انتشار کووید-19 در جامعه کمک می‌کند و تضمین می‌کند که مدارس ما محیط ایمنی برای یادگیری و کار است. تست گرفتن از دانش آموزان به ناحیه کمک خواهد کرد که موارد مثبت کووید-19 سریع تشخیص داده شود، که در جلوگیری از شیوع در مدرسه بسیار مهم است.

تست چیست؟ با رضایت شما، فرزندتان یک تست تشخیصی رایگان برای ویروس عامل کووید-19 دریافت خواهد کرد. نمونه‌گیری برای تست شامل وارد کردن یک سواب در هر دو سوراخ بینی است. انجام تست فقط در صورتی امکان‌پذیر است که رضایت والد/سرپرست دریافت شده باشد.

چگونه از نتیجه تست آگاه شوم؟ شما از طریق تلفن، پیامک، یا ایمیل از نتیجه تست و چگونگی دریافت نتایج تست آگاه خواهید شد.

وقتی نتایج تست فرزندم را دریافت کردم باید چه کار کنم؟ چنانچه نتیجه تست مثبت باشد، به این معنی است که ویروس در نمونه گرفته شده از فرزندتان یافت شده است. شما از سوی مدرسه یا یک متخصص آموزش‌دیده در مورد این تست اطلاع‌رسانی خواهید شد. از شما خواسته می‌شود فرزندتان را به خانه ببرید (یا او را به مدرسه نفرستید) و اطلاعاتی در مورد نگرانی فرزندتان در خانه، و پیگیری‌های ارائه‌دهنده مراقبت سلامت، و زمان بازگشت فرزندتان به خانه به شما داده می‌شود. چنانچه نتیجه تست فرزندتان منفی باشد، به این معنی است که ویروس در نمونه گرفته شده از او یافت نشده است. از شما خواسته می‌شود دستورالعمل‌های ارائه شده توسط مدرسه فرزندتان را رعایت کنید.

اطلاعات تماس

تکمیل شده توسط والد/سرپرست یا دانش آموز (در صورتیکه 18 ساله یا بزرگتر باشد) - **لطفا بنویسید**

نام خانوادگی دانش آموز:			
نام دانش آموز:		نام میانی:	
آدرس خیابان:			
شهر:		ایالت:	کد پستی:
شماره شناسایی دانش آموز:		W/	
تاریخ تولد (ماه/روز/سال):		شماره شناسایی دانش آموز:	
نام سرپرست قانونی/والد:			
آدرس ایمیل سرپرست قانونی/والد:			
شماره تلفن سرپرست قانونی/والد:			
لطفا در زیر اعلام کنید که آیا مایلید فرزندتان در برنامه تست کووید-19 MPS شرکت کند یا خیر:			
<input type="checkbox"/> بله، من رضایت می‌دهم فرزندم در برنامه تست کووید-19 شرکت کند و اجازه می‌دهم فرزندم تست بدهد (تمام موارد درست را علامت بزنید):			
<input type="checkbox"/> وقتی علائم دارد <input type="checkbox"/> به طور منظم و هفتگی			
<input type="checkbox"/> خیر، من رضایت نمی‌دهم که فرزندم در برنامه تست کووید-19 شرکت کند.			

با امضای زیر، من تصدیق می‌کنم که:

- من این فرم را داوطلبانه و آذانه امضاء کردم، و به لحاظ حقوقی مجاز به تصمیم‌گیری در مورد کودک فوق‌الذکر هستم.
- با اعلام رضایت در مورد گرفتن تست از فرزندم، من رضایت می‌دهم که مدرسه نتیجه را به فرزندم اطلاع دهد.
- با اعلام رضایت در مورد گرفتن تست از فرزندم، من رضایت می‌دهم که کادر مدرسه، کادر درمان طرف قرارداد، پرسنل اداره سلامت قبیله‌ای و محلی، و/یا سایر پرسنل آموزش‌دیده به خواست مدرسه از فرزندم تست بگیرد. من واقفم که چنانچه فرزندم من 14 تا 17 ساله است، از آنها خواسته می‌شود که برای انجام تست رضایت شفاهی بدهند.
- من واقفم که این فرم رضایت تا 31 جولای 2022 معتبر خواهد بود، مگر اینکه به مدیر مدرسه فرزندم اطلاع دهم که رضایت را باطل می‌کنیم.
- با ارائه رضایت برای گرفتن تست از فرزندم، می‌دانم که نتایج تست ممکن است با مدرسه، کانتی، سایر مسئولان سلامت عمومی مجاز قانونی به اشتراک گذاشته خواهد شد.
- من می‌دانم که اگر یک دانش آموز 18 ساله یا بزرگتر باشم، یا در غیراینصورت به صورت قانونی برای مراقبت سلامت خودم رضایت می‌دهم، منظور از «فرزندم» اشاره به من است و من می‌توانم این فرم را از سوی خودم امضاء کنم.

برای کسب اطلاعات بیشتر به صفحه اینترنتی ویروس کرونا CDC مراجعه کنید www.cdc.gov/coronavirus.

تاریخ	امضاء - والد/سرپرست یا دانش آموز (اگر 18 ساله یا بزرگتر باشد)
--------------	--