

COVID-19 测试同意书

由学生的家长或监护人填写

家长/监护人信息

测试时将以书面形式通知您测试结果。

家长/监护人姓名:

家长/监护人手机号码:

家长/监护人电子邮件地址:

学生信息

学生姓名:

家庭住址:

城市:

邮编:

县:

出生日期:

(月/日/年)

年级:

学生姓名:

家庭住址:

城市:

邮编:

县:

出生日期:

(月/日/年)

年级:

学生姓名:

家庭住址:

城市:

邮编:

县:

出生日期:

(月/日/年)

年级:

同意

以填写该表格及将其交回学校的方式，我确认我是上述学生的家长或监护人，而且我同意我的学生在2020-2021 学年进行 COVID-19 浅层鼻腔黏膜检测。在以下两种情况，将向学生提供 COVID-19 检测：(1) 如果我的学生在学校出现了 COVID-19 的新症状；(2) 如果我的学生在校的一个群体里接触过 COVID-19 ，并且当地公共卫生部门建议学生进行检测。我了解我可能同意进行一种或两种类型的检测。

我了解对学生进行 COVID-19 检测是可选的，我可以拒绝同意，在这种情况下，将不会对学生进行检测。我了解如果学生感觉不适，必须待在家中，不能上学。

我了解学校不是我学生的医疗健康提供者，该检测不能代替我学生医疗提供者所提供的治疗，并且我承担全部的责任，对学生的检测结果采取适当的措施。我了解我有责任向学生的医疗保健提供者寻求医疗建议，护理和治疗。

我了解 COVID-19 检测结果可能会出现假阴性，即虽然我的学生的检测结果呈阴性，但学生仍感染了 COVID-19。我也了解如果我的学生 COVID-19 检测结果呈阳性，其检测结果将依照法律要求向当地公共卫生部门汇报。

未经法律书面许可，不能公布个人健康信息。

- 如果学校出现新的症状，我允许学校工作人员对该学生进行 COVID-19 检测。
- 如果我学生的学习小组中出现 COVID-19，我允许学校工作人员按照当地公共卫生部门的建议对我的学生进行检测。

家长/监护人签名

日期