

Biểu mẫu Chấp thuận của Sinh viên

Biểu mẫu chấp thuận của sinh viên để xét nghiệm COVID-19 gộp theo lựa chọn tùy chọn

HOÀN THÀNH BỞI CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ			
Thông tin của Cha mẹ/Người giám hộ			
<i>Bạn sẽ chỉ được thông báo về các kết quả xét nghiệm của sinh viên nếu họ là một thành viên của xét nghiệm gộp/tổng hợp mà xét nghiệm đó dương tính với SARS-CoV-2, vi rút gây bệnh COVID-19. Trong trường hợp có kết quả dương tính, bạn sẽ được thông báo qua điện thoại hoặc email.</i>			
Tên cha mẹ/người giám hộ			
Số điện thoại cha mẹ/người giám hộ:			
Địa chỉ hòm thư cha mẹ/người giám hộ			
Thông tin của Trẻ em/Sinh viên			
Tên trẻ em/sinh viên*:			
Cấp bậc học:		Lớp học (nếu có):	
Ngày sinh: (Tháng/Ngày/Năm)		Tuổi:	
Học sinh được liệt kê ở trên đã được chẩn đoán với COVID-19 trong 90 ngày qua không?	<input type="radio"/> Có , con tôi có xét nghiệm dương tính với COVID-19 trong 90 ngày qua (lưu ý: những cá nhân có kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19 trong 90 ngày qua không nên tham gia xét nghiệm gộp). <input type="radio"/> Không , con tôi không có kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19 trong 90 ngày qua.		

Bằng cách hoàn thành và gửi biểu mẫu này, tôi xác nhận tôi là cha mẹ, người giám hộ, hoặc cá nhân được ủy quyền hợp pháp để đưa ra sự chấp thuận và:

- Tôi cho phép con tôi* tham gia vào chương trình xét nghiệm gộp COVID-19 bao gồm việc lấy mẫu hàng tuần trong giờ học bởi nhân viên nhà trường và sau đó phân tích bởi Atlas Genomics.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ không nhận được kết quả riêng của con mình từ xét nghiệm gộp chung và các kết quả riêng lẻ như thể từ xét nghiệm gộp không thể cung cấp cho tôi. Thông tin sức khỏe cá nhân của con tôi và thông tin có thể nhận dạng cá nhân từ hồ sơ đào tạo sẽ không được cung cấp cho Atlas Genomics liên quan đến việc thực hiện xét nghiệm gộp COVID-19.

Biểu mẫu chấp thuận của học sinh

Bằng cách hoàn thành và gửi biểu mẫu này, tôi xác nhận tôi là cha mẹ, người giám hộ, hoặc cá nhân được ủy quyền hợp pháp để đưa ra sự chấp thuận và:

- C. Tôi hiểu rằng kết quả xét nghiệm COVID-19 dương tính hoặc âm tính giả có thể xảy ra trong các xét nghiệm gộp hay cả xét nghiệm đơn lẻ. Do khả năng có kết quả âm tính giả, tôi hiểu rằng sinh viên của tôi nên tiếp tục tuân theo tất cả các hướng dẫn an toàn về COVID-19, bao gồm đeo khẩu trang và giãn cách xã hội, đồng thời tuân theo các quy trình của trường để cách ly và kiểm tra trong trường hợp sinh viên của tôi xuất hiện các triệu chứng của COVID-19.
- D. Tôi hiểu rằng nhân viên quản lý xét nghiệm gộp và xét nghiệm khẳng định đã được đào tạo phù hợp về cách thực hiện xét nghiệm đúng cách bằng cách sử dụng tất cả các tiêu chuẩn an toàn hiện hành. Tôi đồng ý rằng quản trị viên xét nghiệm cũng như << **chèn tên trường hoặc quận** >>, bất kỳ người được ủy thác nào của họ, viên chức, nhân viên hoặc nhà tài trợ tổ chức đều không chịu trách nhiệm pháp lý về bất kỳ tai nạn hoặc thương tích nào có thể xảy ra khi sinh viên của tôi tham gia vào chương trình xét nghiệm gộp.
- E. Tôi hiểu rằng sinh viên của tôi **phải** ở nhà nếu cảm thấy không khỏe. Tôi xác nhận rằng kết quả xét nghiệm khẳng định cá nhân dương tính yêu cầu sinh viên của tôi phải nghỉ học ở nhà, tự cách ly và tiếp tục đeo khẩu trang hoặc mang tấm che mặt theo chỉ dẫn của trường học hoặc cơ quan y tế công cộng.
- F. Tôi hiểu rằng hệ thống trường học không đóng vai trò là nhà cung cấp dịch vụ y tế cho sinh viên của tôi hoặc cung cấp bất kỳ lời khuyên y tế nào và xét nghiệm này không thay thế việc điều trị bởi nhà cung cấp dịch vụ y tế của sinh viên. Tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm thực hiện hành động thích hợp liên quan đến kết quả kiểm tra của sinh viên và tôi đồng ý rằng tôi sẽ tìm kiếm lời khuyên, chăm sóc và điều trị y tế từ nhà cung cấp dịch vụ y tế của sinh viên nếu tôi có thắc mắc hoặc lo lắng hoặc nếu tình trạng của chúng xấu đi. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm về mặt tài chính đối với tất cả các chăm sóc nào mà học sinh của tôi nhận được từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng.
- G. Tôi hiểu rằng việc cho phép xét nghiệm COVID-19 cho học sinh của tôi là tùy chọn và tôi có thể từ chối sự cho phép này, trong trường hợp đó, học sinh của tôi sẽ không được xét nghiệm.
- H. Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ ủy quyền này bất kỳ lúc nào, nhưng việc hủy bỏ đó chỉ áp dụng cho xét nghiệm trong tương lai và sẽ không ảnh hưởng đến thông tin mà tôi đã được ủy quyền để tiết lộ. Để hủy bỏ ủy quyền xét nghiệm COVID-19 này, tôi phải liên hệ với trường học của sinh viên tôi.

***Vì mục đích của sự chấp thuận này, tất cả những gì liên quan đến "Sinh viên" cũng bao gồm Bản thân / Người làm xét nghiệm cho người không phải Sinh viên (Nhân viên, Hộ gia đình, Khác) xét nghiệm**

Tôi, người ký tên dưới đây, đã được thông báo về mục đích xét nghiệm, các quy trình, các nguy cơ tiềm ẩn và tôi đã nhận được một bản sao của Biểu mẫu Chấp thuận này. Tôi đã được cho cơ hội để đặt câu hỏi trước khi ký và tôi đã được thông báo rằng tôi có thể đặt thêm các câu hỏi bất cứ lúc nào. Tôi tình nguyện đồng ý cho phép xét nghiệm COVID-19 cho học sinh của tôi.

Chữ kí Cha mẹ/Người giám hộ

Ngày tháng