

استمارة الموافقة على إجراء اختبار مرض (COVID-19)

ما هي هذه الاستمارة؟

إننا نسعى للحصول على موافقتك على إجراء اختبار لطفلك لاكتشاف الإصابة بعدوى مرض (COVID-19). تعاونت إدارة التعليم بمدينة نيويورك (NYC DOE) مع مستشفيات مؤسسة (NYC Health + Hospitals) وإدارة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك، مع المختبرات ومقدمي الخدمات الآخرين لاختبار التلاميذ والمعلمين والموظفين بإدارة التعليم بمدينة نيويورك لأجل اكتشاف حالات الإصابة بعدوى مرض (COVID-19).

كيف ستكون وتيرة اختبار طفلي؟

سيأتي شركائنا في المختبرات ومزودي خدمة الاختبار لدينا بالحضور إلى كل مدرسة بشكل دوري لاختبار بعض التلاميذ والمعلمين والموظفين. إذا وافقت، فقد يتم اختيار طفلك للاختبار في واحدة أو أكثر من هذه المناسبات، ويمكن أيضاً أن يتم اختبار طفلك (1) وفقاً لمتطلبات الولاية والمدينة، أو (2) إذا ظهر عليه واحداً أو أكثر من أعراض مرض (COVID-19)، أو (3) إذا كان مخالطاً لتلميذ(ة) أو معلم(ة) أو موظف(ة) مصاباً بعدوى مرض (COVID-19)، أو (4) فيما يتعلق بمشاركته في نشاط خارج المنهج الدراسي يمكن إجراء الاختبار من أجله.

ما هي طبيعة هذا الاختبار؟

إذا وافقت، سيحصل طفلك على اختبار تشخيصي مجاني لفيروس مرض (COVID-19). يتضمن جمع عينة للاختبار إدخال مسحة صغيرة، على غرار مسحات تنظيف الأذن (Q-Tip)، في مقدمة الأنف و/ أو جمع اللعاب (البصق).

كيف يمكنني معرفة ما إذا كانت نتيجة اختبار طفلي إيجابية؟

إذا كان لدى طفلك عينة تم جمعها للاختبار، فسنرسل المعلومات معه إلى المنزل لإعلامك بذلك. سيتم تقديم نتائج اختبار مرض (COVID-19) بشكل عام في غضون 48-72 ساعة.

ماذا علي أن أفعل عندما أتلقي نتائج اختبار طفلي؟

إذا كانت نتائج اختبار طفلك إيجابية، يرجى الاتصال بطبيب طفلك على الفور لمراجعة نتائج الاختبار ومناقشة ما عليك فعله بعد ذلك. يجب عليك إبقاء طفلك في المنزل وإبلاغ مدرسة طفلك. إذا كانت نتائج اختبار طفلك سلبية، فهذا يعني أنه لم يتم اكتشاف وجود الفيروس في العينة الخاصة بطفلك. تنتج الاختبارات في بعض الأحيان نتائج سلبية غير صحيحة (تسمى "النتائج السلبية الخاطئة") لدى الأشخاص المصابين بمرض (COVID-19). إذا كانت نتائج اختبار طفلك سلبية ولكن ظهرت عليه أعراض مرض (COVID-19)، أو إذا كان لديك شواغل بشأن تعرض طفلك لمرض (COVID-19)، فيجب عليك الاتصال بطبيب طفلك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب، فاتصل بالرقم NYC-4NYC (844).

يتم إكمال هذا الجزء من قبل الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر أو المشارك(ة) البالغ

بيانات الوالد(ة)/ ولي(ة) أمر

اسم الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر (اكتب الاسم): _____

عنوان الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____

رقم الهاتف/ المحمول للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____

عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____

أفضل طريقة للاتصال بك: _____

بيانات الطفل(ة)

اسم الطفل(ة) (أكتب الاسم): _____

رقم الهوية المدرسية/ رقم (OSIS) للطفل (إذا كان معروفاً): _____

تاريخ ميلاد الطفل(ة): _____

عنوان منزل الطفل(ة): _____

إخطار مشاركة المعلومات

يسمح القانون بمشاركة بعض المعلومات حول طفلك مع وكالات معينة في مدينة نيويورك وولاية نيويورك وفيما بينها ومع مقدمي الخدمات المتعاقد معهم، بما في ذلك الوكالات المدرجة أدناه. ستتم مشاركة هذه المعلومات فقط لأغراض الصحة العامة، والتي قد تشمل إخطار المخالطين لطفلك إذا تعرض للإصابة بمرض (COVID-19)، واتخاذ خطوات أخرى لمنع انتشار مرض (COVID-19) في مجتمع مدرستك. تتضمن المعلومات المتعلقة بطفلك التي يمكن مشاركتها مع هذه الوكالات ومقدمي الخدمات الذين يجرون اختبار مرض (COVID-19) اسم طفلك ونتائج اختبار مرض (COVID-19) وتاريخ الميلاد/ العمر والجنس والعرق/ الخلفية الإثنية، واسم (أسماء) المدرسة (المدارس) والمعلم (المعلمين)، والمجموعة/ الحجر، وسجل التسجيل والحضور، وبرامج ما بعد الدوام الدراسي أو أي برامج أخرى إضافية للمنهج الدراسي يشارك فيها، وأسماء أفراد الأسرة أو أولياء الأمور الآخرين، والعنوان، ورقم الهاتف، ورقم الهاتف المحمول، وعنوان البريد الإلكتروني. مشاركة المعلومات الخاصة بطفلك ستتم **فقط** وفقاً للقانون المعمول به وسياسات بلدية المدينة التي تحمي خصوصية وأمن بيانات طفلك.

1. إدارة التعليم لمدينة نيويورك
2. إدارة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك
3. إدارة الصحة بولاية نيويورك
4. إدارة تنمية الشبيبة والمجتمع بمدينة نيويورك
5. مؤسسة (Health and Hospitals Corporation) بمدينة نيويورك
6. مقدمو الخدمة المتعاقدون لإجراء اختبار مرض (COVID-19)

الموافقة

بالتوقيع أدناه، أصرح بأنني:

- قد وقّعت على هذه الاستمارة بحرية وطواعية، وأنا مخول قانونياً لاتخاذ قرارات بشأن الطفل(ة) المذكور أعلاه.
- أوافق على خضوع طفلي لاختبار مرض (COVID-19) للكشف عن الإصابة بالعدوى.
- أدرك أنه قد يتم إجراء الاختبار لطفلي عدة مرات حتى تاريخ 30 سبتمبر/ أيلول، 2022، وأن الاختبار قد يتم إجراؤه (1) في الأيام المجدولة من قِبل إدارة التعليم لمدينة نيويورك بالتوافق مع توجيهات برنامج الاختبار أو متطلبات الولاية والمدينة، أو (2) إذا ظهر عليه واحد أو أكثر من أعراض مرض (COVID-19)، أو (3) إذا كان مخالطاً لتلميذ(ة) أو معلم(ة) أو موظف(ة) مصاب بعدوى مرض (COVID-19)، أو (4) فيما يتعلق بمشاركته في نشاط خارج المنهج الذي يوصى باختباره (على سبيل المثال، الرياضات).
- أفهم أن استمارة الموافقة هذه ستكون ساري المفعول حتى يوم 30 سبتمبر/ أيلول 2022، ما لم أخطر مسؤول الاتصال المعين من قِبل مدرسة طفلي **كتابةً** أنني قد ألغيت موافقتي.
- أدرك أنه قد يتم الكشف عن نتائج اختبار طفلي وغيرها من المعلومات وفقاً لما يسمح به القانون.
- أفهم أنني إذا كنت تلميذاً (تلميذة) يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر، أو إذا كنت بخلاف ذلك مخولاً قانوناً بالموافقة على رعايتي الصحية، فإن الإشارات إلى "طفلي" تشير إليّ شخصياً ويمكنني التوقيع على هذه الاستمارة نيابة عن نفسي.

توقيع الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر: _____ التاريخ: _____

(إذا كان الطفل أقل من 18 عاماً)

توقيع التلميذ(ة): _____ التاريخ: _____

(إذا كان عمره 18 عاماً أو أكثر أو بخلاف ذلك، مخولاً بالموافقة)