

استمارة منح الموافقة لإدارة التعليم بمدينة نيويورك لإجراء اختبار مرض (COVID-19)

ما هي هذه الاستمارة؟

نسعى للحصول على موافقتك على قيامنا باختبار طفلك 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 لمدينة نيويورك لأجل اكتشاف حالات الإصابة بعدوى مرض (COVID-19).

كيف ستكون وتيرة اختبار طفلي؟

نرتب لقيام شركائنا في المختبرات ومزودي الخدمة لدينا بالحضور إلى كل مدرسة مرة واحدة في الشهر على الأقل لاختبار بعض التلاميذ والموظفين. إذا وافقت، فقد يتم اختيار طفلك لإجراء الاختبار في واحدة أو أكثر من هذه المناسبات. بالإضافة إلى ذلك، قد يتم أيضاً اختبار طفلك على مدار العام الدراسي (1) بالتوافق مع متطلبات الولاية والمدينة، مثل إجراء الاختبارات أسبوعياً في المدارس الواقعة في المناطق الصفراء، أو (2) إذا ظهر عليه واحد أو أكثر من أعراض مرض (COVID-19) أو إذا كان على اتصال وثيق بتلميذ(ة) أو معلم(ة) أو موظف(ة) مصاب بعدوى مرض (COVID-19).

ما هي طبيعة هذا الاختبار؟

إذا وافقت، سيحصل طفلك على اختبار تشخيصي مجاني لفيروس مرض (COVID-19). يوفر الخطاب المرفق مزيداً من المعلومات حول أنواع الاختبارات التي قد يتم استخدامها. يتضمن جمع عينة للاختبار إدخال مساحة 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 في المدرسة، فسنرسل المعلومات معه إلى المنزل لإعلامك بذلك. سيتم تقديم نتائج اختبار مرض (COVID-19) بشكل عام في غضون 48-72 ساعة.

ماذا عليّ 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 الحصول العثور على طبيب، فاتصل بالرقم 692-4692 (844).

يتم إكمال هذا الجزء من قبل الوالدة(ة) أو ولي(ة) الأمر أو التلميذ(ة) البالغ

بيانات الوالدة(ة)/ولي(ة) أمر

اسم الوالدة(ة) أو ولي(ة) الأمر بخط واضح:	
عنوان الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر:	
رقم الهاتف/ المحمول للوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر:	
عنوان البريد الإلكتروني للوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر:	
أفضل طريقة للاتصال بك:	
بيانات الطفل(ة)/التلميذ(ة)	
اسم الطفل(ة)/التلميذ(ة) بخط واضح:	

رقم الهوية المدرسية (OSIS) للطفل(ة) / التلميذ(ة):	تاريخ ميلاد الطفل(ة) / التلميذ(ة):	
مدرسة الطفل(ة) / التلميذ(ة):		
عنوان الطفل(ة) / التلميذ(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)، والفصول الدراسية/ المجموعة/ الحجرة، وسجل التسجيل والحضور، وبرامج ما بعد الدوام الدراسي أو أي برامج أخرى 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 التلاميذ وأمن بيانات طفلك.

إدارة التعليم بمدينة نيويورك	● إدارة تنمية الشبيبة والمجتمع بمدينة نيويورك
إدارة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك	● مؤسسة (Health and Hospitals Corporation) بمدينة نيويورك
إدارة الصحة بولاية نيويورك	● مقدمو الخدمة المتعاقدون لإجراء اختبار مرض (COVID-19)

موافقة

بالتوقيع أدناه، أصرح بأنني:

- قد وقعت على هذه الاستمارة بحرية وطوعية، وأنا مخول قانونياً لاتخاذ قرارات بشأن الطفل(ة) المذكور أعلاه.
- أوافق على إجراء اختبار كوفيد-19 لطفلي.
- أدرك أنه قد يتم إجراء الاختبار لطفلي عدة مرات حتى تاريخ 30 أيلول / سبتمبر، 2021، وأن الاختبار قد يتم إجراؤه (1) في الأيام المجدولة من إدارة التعليم لمدينة نيويورك بالتوافق مع متطلبات الولاية والمدينة، مثل إجراء الاختبارات أسبوعياً في المدارس الواقعة في المناطق الصفراء، أو (2) إذا ظهر عليه واحد أو أكثر من أعراض مرض (COVID-19) أو (3) إذا كان على اتصال وثيق بتلميذ(ة) أو معلم(ة) أو موظف(ة) مصاب بعدوى مرض (COVID-19).
- أفهم أن استمارة الموافقة هذه ستكون ساري المفعول حتى يوم 30 سبتمبر / أيلول 2021، ما لم أخطر مسؤول الاتصال المعين من قبل مدرسة طفلي كتابة أنني قد ألغيت موافقتي.
- أفهم أنه إذا ألغيت موافقتي أو رفضت التوقيع، فقد يُطلب من طفلي مواصلة دراسته عبر التعلّم عن بُعد.
- أدرك أنه قد يتم الكشف عن نتائج اختبار طفلي وغيرها من المعلومات وفقاً لما يسمح به القانون.
- أفهم أنه إذا كنت تلميذاً (تلميذة) يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر، أو قد أكون بخلاف ذلك مخول قانونياً بالموافقة على رعايتي الصحية، فإن الإشارات إلى "طفلي" تشير إلي شخصياً ويمكنني التوقيع على هذه الاستمارة نيابة عن نفسي.

توقيع الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر* (إذا كان سن التلميذ(ة) يقل عن السن 18 عاماً)	التاريخ
توقيع التلميذ(ة) (إذا كان عمره 18 عاماً أو أكثر أو مخولاً بالموافقة)	التاريخ