

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). قامت إدارة التعليم بمدينة نيويورك (NYC DOE)، وإدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD) بمدينة نيويورك، بالتعاون مع إدارة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك، بعقد شراكة مع مختبرات ومقدمي خدمات آخرين لاختبار المشاركين والمعلمين والموظفين بالبرنامج الصيفي (Summer Rising) لأجل اكتشاف حالات الإصابة بعدوى مرض (COVID-19).

كيف ستكون وتيرة اختبار طفلي؟

نرتب لقيام شركائنا في المختبرات ومزودي خدمة الاختبار لدينا بالحضور إلى كل موقع للبرنامج الصيفي (Summer Rising) بشكل دوري لاختبار بعض المشاركين والمعلمين والموظفين. إذا وافقت، فقد يتم اختيار طفلك لإجراء الاختبار في واحدة أو أكثر من هذه المناسبات وفقاً لتوجيهات البرنامج. بالإضافة إلى ذلك، قد يتم أيضاً اختبار طفلك على مدار فترة البرنامج (1) بالتوافق مع متطلبات الولاية والمدينة، أو (2) إذا ظهر عليه واحد أو أكثر من أعراض مرض (COVID-19)، أو (3) إذا كان مخالطاً لمشارك(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). 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 في البرنامج الصيفي (Summer Rising)، 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 أتلقى 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 منسق البرنامج الصيفي (Summer Rising) الخاص بطفلك. 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 (أكتب 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):

البرنامج الصيفي (Summer Rising) للطفل:

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) البرنامج الصيفي (Summer Rising) والمعلم (المعلمين)، والمجموعة/ الحجر، وسجل التسجيل والحضور، والبرامج المشارك 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.

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

الموافقة

بالتوقيع أدناه، أصرح بأنني:

- قد وقعت على هذه الاستمارة بحرية وطوعية، وأنا مخول قانونياً لاتخاذ قرارات بشأن الطفل(ة) المذكور أعلاه.
- أوافق على خضوعي لطفلي لاختبار مرض (COVID-19) للكشف عن الإصابة بالمرض.
- أدرك أنه قد يتم إجراء الاختبار لطفلي عدة مرات حتى تاريخ 1 سبتمبر/ أيلول، 2021، وأن الاختبار قد يتم إجراؤه (1) في الأيام المجدولة من قبل إدارة التعليم بمدينة نيويورك و/ أو إدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD) بالتوافق مع توجيهات البرنامج أو متطلبات الولاية والمدينة، أو (2) إذا ظهر عليه واحد أو أكثر من أعراض مرض (COVID-19)، أو (3) إذا كان مخالطاً لمشارك(ة) أو معلم(ة) أو موظف(ة) مصاب بعدوى مرض (COVID-19).
- أدرك أن استمارة الموافقة هذه ستكون ساري المفعول حتى يوم 1 سبتمبر/ أيلول، 2021، ما لم أخطر مسؤول الاتصال المعين من قبل البرنامج الصيفي (Summer Rising) لطفلي **كتابةً** أنني قد ألغيت موافقتي.
- أدرك أنه إذا ألغيت موافقتي أو رفضت التوقيع، لن يسمح لطفلي بالمشاركة في البرنامج الصيفي (Summer Rising) عن طريق الحضور الشخصي.
- أدرك أنه قد يتم الكشف عن نتائج اختبار طفلي وغيرها من المعلومات وفقاً لما يسمح به القانون.
- أفهم أنه إذا كنت مشاركاً(ة) 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 بالأصالة عن نفسي.

توقيع الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر: _____ التاريخ: _____
(إذا كان الطفل أقل من 18 عاماً)

توقيع المشارك(ة): _____ التاريخ: _____
(إذا كان عمره 18 عاماً أو أكثر أو بخلاف ذلك، مخولاً بالموافقة)