

**تعاون مدارس سينسيناتي العامة
بالتعاون مع إدارة الشؤون الصحية لمدينة سينسيناتي
الموافقة على تحليل كوفيد-19**

الرجاء استكمال هذا النموذج فقط حال موافقتك على إجراء تحليل كوفيد-19 لطفلك في المدرسة

SCHOOL NAME: اسم المدرسة		Grade/HR الصف/ الموارد البشرية	
PLEASE PRINT PATIENT INFORMATION الرجاء تسجيل معلومات المريض بحروف واضحة			
		(M.I.) (الأحرف الأولى للاسم الأوسط):	(First Name) (الاسم الأول):
		(Last Name) (الاسم الأخير):	MRN/Control # رقم السجل الطبي/ الكنترول
STUDENT NAME: اسم الطالب			
Date of Birth: تاريخ الميلاد	Sex: النوع	<input type="radio"/> Male ذكر	<input type="radio"/> Female أنثى
		<input type="radio"/> Other آخر	Ethnic Group: الجماعة العرقية
<input type="radio"/> Hispanic <input type="radio"/> Non-Hispanic <input type="radio"/> من أصل إسباني <input type="radio"/> ليس من أصل إسباني			
Parent/Guardian (if different than patient): ولي الأمر/ الوصي (إذا كان مختلفاً عن المريض)			
Race:	<input type="radio"/> Alaskan الجنس سكان ألاسكا الأصليون	<input type="radio"/> AM - American Indian AM - أمريكي هندي	<input type="radio"/> Asian آسيوي
		<input type="radio"/> Black/ African American أسود/ أمريكي إفريقي	<input type="radio"/> Native Hawaiian سكان هواي الأصليون
		<input type="radio"/> Patient Refused المريض رفض	<input type="radio"/> Unknown غير معروف
		<input type="radio"/> White أبيض	
Street Address: Apt. # عنوان الشارع الشقة #	City: المدينة	State: الولاية	County: المقاطعة
		Zip Code: الرمز البريدي	
Home Phone: هاتف المنزل	Alternate Phone: هاتف بديل	Email Address: عنوان البريد الإلكتروني	
Medical Card/Insurance ID #: _____ رقم البطاقة الطبية/ بطاقة التأمين:			
<input type="radio"/> CareSource <input type="radio"/> Molina <input type="radio"/> Buckeye <input type="radio"/> Paramount <input type="radio"/> United Health Care <input type="radio"/> No Insurance <input type="radio"/> OTHER أخرى بدون تأمين			
*No Student will be denied a COVID-19 test due to inability to pay or lack of insurance. *يُحظر حرمان الطالب من تحليل كوفيد-19 بسبب عدم قدرته على الدفع أو عدم وجود تأمين.			
EMERGENCY CONTACT: اسم شخص للاتصال في الطوارئ	Name: الاسم	Relationship: الصلة	Phone Number: رقم الهاتف
Are we able to leave messages with your emergency contact? هل يمكننا ترك رسائل مع الشخص المعين للاتصال في حالات الطوارئ؟			
Yes _____		No _____	
نعم _____		لا _____	

تفويض وموافقة على إجراء تحليل تشخيصي لفيروس كورونا (كوفيد-19): أوافق وأفوض طوعاً بمحض اختياري إدارة الشؤون الصحية لمدينة سينسيناتي، وكذلك WinMed و Crossroad و Mercy Health و Cincinnati Children's Hospital Medical Center (مركز مستشفى سينسيناتي للأطفال الطبي) ومدارس سينسيناتي العامة (المشار إليها فيما بعد باسم "تعاون مدارس سينسيناتي العامة") بإجراء عمليات جمع وتحاليل طبية وتحليل بيانات لأغراض تحليل تشخيصي لفيروس كورونا (كوفيد-19). وأقر وأدرك أن التحليل التشخيصي لفيروس كورونا (كوفيد-19) الذي يتم إجراؤه لطفلي سوف يتطلب جمع (أخذ) مقدم خدمات طبية معتمد أو موظف صحة عمومي لعينة ملائمة عن طريق مسحة أنفية بلعومية أو مسحة فموية أو إجراء جمع موصى به آخر طبقاً لتوجيهات الشركة المصنعة المحددة. وأدرك أن هناك مخاطر ومنافع ترتبط بإجراء تحليل تشخيصي لفيروس كورونا (كوفيد-19) وقد تكون هناك نتائج إيجابية زائفة أو سلبية زائفة للتحليل. كما أنني أدرك أن وحدة التحاليل لا تضطلع بدور مقدم الخدمات الطبية الخاص بطفلي، وأن هذا التحليل لا يحل محل العلاج الذي يوفره مقدم الخدمات الطبية الخاص بطفلي، وأتحمّل المسؤولية الكاملة التامة عن اتخاذ الإجراءات الملائمة فيما يتعلق بنتائج تحليل طفلي. وأوافق على أنني سوف أحصل على مشورة طبية وعناية وعلاج من مقدم الخدمات الطبية الخاص بطفلي إذا كان لدي أسئلة أو شواغل أو إذا ساءت حالة طفلي.

أفهم أنني سوف أتسلم "إجراءات ما بعد الاختبارات والتحاليل" لإدارة الشؤون الصحية لمدينة سينسيناتي، وسوف يقدم إليّ "إشعار ممارسات الخصوصية" لإدارة الشؤون الصحية لمدينة سينسيناتي قبل إجراء تحليل فيروس كورونا (كوفيد-19) التشخيصي لطفلي.

إصدار نتائج التحليل: أقر بأنه يجوز أن يصدر "تعاون مدارس سينسيناتي العامة" أو يحصل على نتائج تحليل فيروس كورونا (كوفيد-19) الخاصة بطفلي والمعلومات المرتبطة لأغراض العلاج أو استمرارية الرعاية، وكذلك يجوز أن يقوم بذلك مدير صحة المدينة لإصدارها إلى أشخاص أو كيانات - بما في ذلك مدارس سينسيناتي العامة - لأغراض مكافحة تفشي فيروس كورونا (كوفيد-19) أو الوقاية منه أو تخفيف حدة آثاره.

الإفصاح للجهات الحكومية: أقر بأنه يجوز مشاركة نتائج تحليل طفلي والمعلومات المرتبطة مع الجهات المعنية في المقاطعة أو الولاية أو مدارس سينسيناتي العامة أو الجهات الحكومية والتنظيمية الأخرى حسبما يكون مسموحاً به بموجب القانون.

إعفاء: إلى أقصى مدى يسمح به القانون، أعفي بموجب هذا وأخلي مسؤولية وأوافق على إبراء ذمة "تعاون مدارس سينسيناتي العامة" - بما في ذلك وبدون حصر أو قصر أي من مديره ومسؤوليه وموظفيه وممثله ووكلائه المعنيين - من أي وكل المطالبات والمسؤوليات والأضرار التعويضية مهما كان نوعها أو طبيعتها التي تنشأ أو ترتبط بأي تصرف أو تقصير يتعلق بالتحليل التشخيصي لفيروس كورونا (كوفيد-19) الذي يُجرى لطفلي أو الإفصاح عن نتائج تحليل فيروس كورونا (كوفيد-19) الخاص بطفلي.

أقر وأوافق على أنني قرأت وفهمت ووافقت على العبارات الواردة في هذا النموذج (الاستمارة). وتم إبلاغي بالغرض من تحليل فيروس كورونا (كوفيد-19) التشخيصي والإجراءات المزمع تنفيذها والمخاطر والمنافع المحتملة والتكاليف المرتبطة. وقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة قبل الاستمرار في تحليل فيروس كورونا (كوفيد-19) التشخيصي وأدرك أنه إذا لم أرغب في متابعة جمع العينات أو التحاليل أو تحليل البيانات فيما يتعلق بتحليل فيروس كورونا (كوفيد-19) التشخيصي لطفلي، فإنه يجوز أن أرفض الحصول على خدمات مستمرة. وقد قرأت محتويات هذا النموذج (الاستمارة) بكاملها وأوافق طوعاً بمحض اختياري على إجراء تحليل فيروس كورونا (كوفيد-19) التشخيصي.

توقيع ولي الأمر/ الوصي القانوني: _____ التاريخ: _____

اسم ولي الأمر/ الوصي القانوني بحروف واضحة: _____ رقم الهاتف الخليوي: _____

مقدم خدمات الرعاية الأساسية للطفل:

الاسم: _____

العنوان: _____

الهاتف: _____

تاريخ التحليل: _____ اسم مقدم الخدمات: _____

الشريك الصحي: _____ نوع التحليل: _____

نتيجة التحليل: _____