

可选 COVID-19 测试学生同意书

由家长/监护人填写

家长/监护人信息

你不会被通知常规 COVID-19

安全检查（以前称为“混合测试”）的结果，但是你会通过电话或电子邮件收到个人测试结果的通知。

- 如果你的学生在过去 90 天内测试出 COVID-19 阳性，则他们不应参加 COVID-19 测试以避免出现假阳性。
- 我们强烈鼓励未接种疫苗的人接受常规 COVID 安全检查。
- 已接种疫苗的人可以接受常规 COVID 安全检查。

家长/监护人

正楷书写姓名：

家长/监护人手机/移动电话号
码：

注意：测试结果将以短信形式发送到这个手机号

家长/监护人

电子邮件地址：

孩子/学生信息

孩子/学生正楷书写姓名：

年级：

出生日期：

(月/日/年)

年龄：

地址：

城市：

邮政编码：

种族（选择一项）：

- 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 亚裔 黑人/非裔美国人
 夏威夷原住民/太平洋岛民 白种人 其他 不想说

族裔（选择一项）：

- 西班牙裔或拉丁裔
 不是西班牙裔或拉丁裔
 不想说

性别：

- 男性 变性者
 女性
 不想说

同意退出

- 是，我同意让我的学生参加 COVID-19 测试（请阅读下面的表格并签名）
 否，我不同意我的学生参加 COVID-19 测试。（无需进一步行动）

同意

通过填写并提交此表格，我确认我是适当的家长、监护人或具有合法授权表示同意的人，并且：

- A. 我授权在学校采集和测试我的学生的 COVID-19 样本，无论是个人测试（例如个体抗原或 PCR 测试）还是常规 COVID 安全检查（混合测试）。通过在此表格上签名，我同意为我的学生使用任何以下测试方法。我了解我的学生所在学校将决定向我的学生提供哪些测试方法，并将在学校的 COVID-19 测试计划开始或更改之前通知我学校将提供的服务。附录 A 提供了有关测试类型的更多详细信息。
- i. 对有症状的人进行个人测试：当个人在学校出现症状时
 - ii. 密切接触者的个人测试（测试并留校观察）：对于无症状的密切接触者，从发生接触的第一天起至少在五 (5) 天内每天接受测试，允许测试阴性者留在学校
 - iii. 常规 COVID-19 安全检查（以前称为“混合测试”）：对于常规测试，通过收集一组样本并对该组进行测试，为了提高效率，在实验室中对相同的个人样本或对该组中个人的新样本进行单独测试。
- B. 我了解所有样本类型均为无创、短鼻拭子或唾液样本。
- C. 我了解常规 COVID-19

安全检查（以前称为混合测试）可能会产生个人结果，并且我的学生在安全检查中的个人结果可能不会与我共享。但是，我了解并同意，我的学生的个人健康信息和教育档案中的个人信息可以被输入到测试提供者的技术平台中，以帮助跟踪安全检查并确定需要单独进行后续测试的个人。

- D. 我了解我将收到关于对我的学生进行的任何 COVID-19 个人测试结果的通知。
- E. 我了解无论进行哪种测试，都有可能出现假阳性或假阴性 COVID-19 测试结果。考虑到可能会出现假阴性的情况，我理解我的学生应继续遵守所有 COVID-19 安全指南，并在学生出现 COVID-19 症状时遵循学校进行隔离和测试的规定。
- F. 我了解实施所有 COVID-19 测试的工作人员均已接受过有关安全和正确实施测试方面的培训。我同意测试实施方或 Dedham Public Schools，及其任何受托人、管理人员、员工或组织赞助方对于因参加 COVID-19 测试计划而引起的任何事故或伤害均不承担任何责任。
- G. 我了解如果我的学生感到不适则**必须**留在家中。我确认**个人**测试结果阳性表示我的学生必须离开学校呆在家中，进行自我隔离并继续按照指示戴口罩或面罩，以免感染他人。
- H. 我了解学校系统不是我的学生的医疗提供者，该测试不能取代我的学生的医疗提供者提供的治疗，而且对于我的学生的测试结果，我承担采取适当措施的一切和全部责任。我同意如果我有任何疑问或顾虑，或者如果他们的病情恶化，我将向我的学生的医疗提供者寻求医疗建议、监护和治疗。我理解我要对我的学生从其医疗保健提供者获得的任何医护承担经济责任。
- I. 我了解 COVID-19 测试可能会创建受保护的健康信息 (PHI) 和学生的其他个人身份识别信息，并且只会根据 HIPAA 和适用法律访问、使用和披露此类信息。根据 45 CFR 164.524(c)(3) 规定，我授权并指示测试提供者将此类 PHI 发送到我的学生所在学校、马萨诸塞州公共卫生局、马萨诸塞州卫生和人类服务执行办公室以及测试实验室。我进一步了解，根据 HIPAA 的授权，PHI 可能会被披露给卫生与公共服务执行办公室及任何其他方。
- J. 我了解参加 COVID-19 测试可能会要求学校从教育档案中向测试提供者披露我的学生身份、人口统计和联系信息，而且可能要求学校从教育档案中向马萨诸塞州公共卫生局披露我的学生身份、人口统计和联系信息。根据 FERPA, 34 CFR 99.30 规定，我授权我的学校披露我的学生参加 COVID-19 测试所需的此类个人身份识别信息 (PII)。
- K. 我理解授权我的学生接受这些 COVID-19 测试是可选的，并且我可以拒绝给予此授权，在这种情况下将不会对我的学生进行测试。
- L. 我了解我可以随时改变主意并取消此许可，但是这样的取消仅对以后产生影响，不会影响先前已经发布的信息。要取消此 COVID-19 测试许可，我需要联系 support@cic-health.com。
- M. 我授权测试提供者和/或马萨诸塞州公共卫生局出于流行病学研究和公共卫生目的，通过分析阳性样本来监测 COVID-19 病毒的各个方面，例如跟踪病毒突变。此类分析的结果将无法识别个人身份，也不会创建可识别个人身份的信息。

我（下列签名者）已被告知 COVID-19 测试的目的、步骤、可能的好处和风险，并且我已收到此知情同意书的副本。我在签名之前已经有机会提出问题，并且已被告知可以随时提出其他问题。我自愿同意为我的学生进行这项 COVID-19 测试。

家长/监护人签名：

日期：

附录 A: 可能的测试类型

通过在此表格上签名，我同意为我的学生使用任何以下测试方法。我了解我的学生所在学校将决定向我的学生提供哪些测试方法，并将在学校的 COVID-19 测试计划开始或更改之前通知我学校将提供的服务。

个人测试:

症状测试: (用于当个人在学校出现症状时; 如果个人在家中出现症状, 则不应去学校): 使用经批准的诊断测试在学校采集浅鼻拭子样本。

“Test and

stay (测试并留校观察)” (密切接触者测试): 使用经批准的诊断测试在学校采集浅鼻拭子样本。从发生接触的第一天起至少在五 (5) 天内每天接受测试, 允许测试阴性者留在学校。

常规 COVID 安全检查:

请注意, 我们现在使用术语“常规 COVID 安全检查”来描述我们以前称为“混合测试”的内容。后续测试是单独诊断测试, 用于确定 COVID 安全检查中的阳性个人。

安全检查和在学校进行的后续测试: 在学校采集浅鼻拭子样本并将其放入单个管内 (每个管最多 10 个样本)。如果有一组测试呈阳性, 则在学校进行单独的后续测试, 进行第二次样本采集, 并根据需要进行快速和/或个人 PCR 测试。

安全检查和在实验室进行的后续测试: 采集并分开单独保存唾液或浅鼻拭子样本, 然后在实验室分组。如果有一组测试结果呈阳性, 则在实验室进行单独的后续测试, 无需再次采集样本。