

Lockport City School District

STUDENT INFORMED CONSENT FOR COVID-19 TESTING

Student's Name: _____ **DOB:** _____

School: _____

Please carefully read the following informed consent:

1. I understand that the Lockport City School District requires a signed consent for COVID-19 testing of my child. I understand I need to sign a consent before my child under the age of 18 can be tested. I authorize Lockport City School District, an independent laboratory, to conduct collection and testing for COVID-19 through a nasal swab ordered by an authorized medical provider or public health official of my child. I understand that this testing is voluntary and that my child is not required, nor am I required, to authorize my child to undergo such testing as a condition to attend school.

2. I authorize my child's test results to be disclosed to Lockport City School District and any applicable county, state, or other governmental entity as required by law and understand that such disclosure will also be made consistent with applicable law.

3. I acknowledge that a positive test result indicates that my child and I, and members of our family, must abide by isolation and quarantine protocols and all applicable federal, state, and/or local guidance on isolation and quarantine to avoid infecting others.

4. By signing this document and agreeing and authorizing my child to undergo COVID-19 testing, I understand that I am not creating a patient relationship for my child or for me with the school district. I understand that the Lockport City School District is not acting as my child's medical provider. Testing does not replace treatment by my child's medical provider. I assume complete and full responsibility to take appropriate action with regards to my child's test results. I agree I will seek medical advice, care, and treatment from my child's medical provider if I have questions or concerns or if my child's condition worsens.

5. I understand that COVID-19 testing has the potential for false positive or false negative test results to occur. I understand that in the case of a positive test result, I will need a letter from my child's health care provider for my child to return to school.

ACCEPTANCE

The undersigned, I have been informed about the test purpose, procedures, possible benefits, and risks, and I have received a copy of this informed consent. I have been given the opportunity to ask questions before I sign, and I have been told that I can ask additional questions at any time. I voluntarily consent and agree to my child being tested for COVID-19.

Parent/Legal Guardian Signature: _____ **Date:** _____

DECLINATION

I decline COVID-19 testing of my child at this time. Lockport City School District has reviewed, and I understand, potential risks of not participating in baseline testing and that declining testing may affect my child's ability to attend school until my child's health care provider determines that my child is no longer contagious and may return to school.

Parent/Legal Guardian Signature: _____ **Date:** _____

COVID-19 موافقة الطالب المستنيرة على اختبار

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____

مدرسة: _____

يرجى قراءة الموافقة المسبقة التالية بعناية

1. لطيفي أدرك COVID-19 تتطلب موافقة موقعة لاختبار Lockport City أنا أفهم أن المنطقة التعليمية في Lockport أنني بحاجة إلى التوقيع على موافقة قبل أن يتم اختبار طفلي الذي يقل عمره عن 18 عامًا. أفوض من خلال مسحة COVID-19 وهو مختبر مستقل ، لإجراء عمليات جمع واختبار ، Lockport City School District الأنف التي يطلبها مقدم طبي معتمد أو مسؤول الصحة العامة لطفلي. أفهم أن هذا الاختبار طوعي وأن طفلي ليس مطلوبًا ، ولا يلزمي ، السماح لطفلي بالخضوع لهذا الاختبار كشرط للذهاب إلى المدرسة وأي Lockport City School District أفوض أن يتم الكشف عن نتائج الاختبار الخاصة بطفلي إلى مقاطعة أو ولاية أو كيان حكومي آخر معمول به وفقًا لما يقتضيه القانون وأدرك أن هذا الكشف سيكون أيضًا متسقًا مع القانون المعمول به.

3. أقر بأن نتيجة الاختبار الإيجابية تشير إلى أن طفلي وأنا وأفراد أسرنا يجب أن يلتزموا ببروتوكولات العزل والحجر الصحي وجميع الإرشادات الفيدرالية و / أو الحكومية و / أو المحلية المعمول بها بشأن العزل والحجر الصحي لتجنب إصابة الآخرين.

4. أدرك أنني لا ، COVID-19 من خلال التوقيع على هذه الوثيقة والموافقة والتفويض لطفلي للخضوع لاختبار Lockport City أقوم بإنشاء علاقة مريض لطفلي أو لي مع منطقة المدرسة. أدرك أن دائرة مدارس كمزود طبي لطفلي. لا يحل الاختبار محل العلاج الذي يقدمه مقدم خدمات طفلي الطبي أتحمّل المسؤولية الكاملة والكاملة لاتخاذ الإجراء المناسب فيما يتعلق بنتائج اختبار طفلي. أوافق على أنني سأطلب المشورة الطبية والرعاية والعلاج من مقدم الرعاية الطبية لطفلي إذا كانت لدي أسئلة أو مخاوف أو إذا ساءت حالة طفلي لديه احتمال حدوث نتائج اختبار إيجابية أو سلبية كاذبة. أفهم أنه في حالة COVID-19 أنا أفهم أن اختبار 5. نتيجة الاختبار الإيجابية ، سأحتاج إلى خطاب من مقدم الرعاية الصحية لطفلي حتى يعود طفلي إلى المدرسة.

قبول

الموقعون أدناه ، لقد تم إبلاغي بالعرض من الاختبار والإجراءات والفوائد المحتملة والمخاطر ، وقد تلقيت نسخة من هذه الموافقة المستنيرة. لقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة قبل التوقيع ، وقيل لي أنه يمكنني طرح COVID-19 أسئلة إضافية في أي وقت. أنا أوافق طواعية وأوافق على أن يخضع طفلي لاختبار التوقيع ولي الأمر / الوصي القانوني: _____ التاريخ: _____

الانحدار

Lockport City School District لطفلي في هذا الوقت. راجعت مدرسة COVID-19 أرفض اختباري ، وأدركت ، المخاطر المحتملة لعدم المشاركة في الاختبار الأساسي وأن رفض الاختبار قد يؤثر على قدرة طفلي على الذهاب إلى المدرسة حتى يقرر مقدم الرعاية الصحية لطفلي أن طفلي لم يعد معديًا وقد يعود إلى المدرسة. التوقيع ولي الأمر / الوصي القانوني: _____ التاريخ: _____

洛克波特市学区

学生对 COVID-19 测试的知情同意

学生姓名：_____ DOB：_____

学校：_____

请仔细阅读以下知情同意书：

1.我了解洛克波特市学区需要对我的孩子进行 COVID-19 测试时需要签署同意书。我了解我需要签署同意书才能对 18 岁以下的孩子进行测试。我授权洛克波特市学区（一个独立的实验室）通过我孩子的授权医疗提供者或公共卫生官员订购的鼻拭子对 COVID-19 进行收集和测试。我了解这项测试是自愿的，并且不需要，也不需要我的孩子授权我的孩子参加这样的测试，作为上学的条件。

2.我授权依法律要求将我孩子的测试结果披露给洛克波特市学区和任何适用的县，州或其他政府机构，并理解这种披露也将与适用的法律保持一致。

3.我承认测试结果呈阳性表示我和我的孩子以及我们的家庭成员必须遵守隔离和检疫规程以及所有适用的联邦，州和/或当地有关隔离和检疫的指南，以避免感染他人。

4.签署本文件并同意并授权我的孩子接受 COVID-19 测试，我了解我不会为我的孩子或我与学区建立耐心的关系。我了解洛克波特市学区不是我孩子的医疗提供者。测试不能代替我孩子的医疗提供者的治疗。对于我孩子的测试结果，我承担全部和全部责任采取适当的措施。我同意，如果我有任何疑问或疑虑或孩子的病情恶化，我将寻求孩子的医疗提供者的医疗建议，护理和治疗。

5.我了解，COVID-19 测试有可能出现假阳性或假阴性测试结果。我了解，如果检测结果为阳性，则需要我孩子的健康护理提供者的来信，以便我的孩子重返学校。

验收

签署者已被告知测试目的，程序，可能的收益和风险，并且已收到本知情同意书的副本。我有机会在签字之前提出问题，并且被告知我可以随时提出其他问题。我自愿同意并同意我的孩子接受 COVID-19 测试。

父母/法定监护人签名：_____ 日期：_____

偏角

我目前拒绝对孩子进行 COVID-19 测试。洛克波特市学区已审查（据我了解）不参加基线测试的潜在风险，并且测试下降会影响我的孩子上学的能力，直到我的孩子的医疗保健提供者确定我的孩子不再具有传染性并且可以重返学校为止。

父母/法定监护人签名：_____ 日期：_____

Distrito Escolar de Lockport City

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIANTE PARA LAS PRUEBAS COVID-19

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento:

Colegio: _____

Lea atentamente el siguiente consentimiento informado:

1. Entiendo que el Distrito Escolar de Lockport City requiere un consentimiento firmado para la prueba COVID-19 de mi hijo. Entiendo que necesito firmar un consentimiento antes de que mi hijo menor de 18 años pueda ser examinado. Autorizo al Distrito Escolar de Lockport City, un laboratorio independiente, a realizar la recolección y análisis de COVID-19 a través de un hisopo nasal solicitado por un proveedor médico autorizado o un funcionario de salud pública de mi hijo. Entiendo que esta prueba es voluntaria y que mi hijo no está obligado, ni yo, a autorizar a mi hijo a someterse a dichas pruebas como condición para asistir a la escuela.
2. Autorizo que los resultados de las pruebas de mi hijo se divulguen al Distrito Escolar de la Ciudad de Lockport ya cualquier condado, estado u otra entidad gubernamental correspondiente según lo requiera la ley y entiendo que dicha divulgación también se hará de conformidad con la ley aplicable.
3. Reconozco que un resultado positivo de la prueba indica que mi hijo y yo, y los miembros de nuestra familia, debemos cumplir con los protocolos de aislamiento y cuarentena y todas las pautas federales, estatales y / o locales aplicables sobre aislamiento y cuarentena para evitar infectar a otros.
4. Al firmar este documento y aceptar y autorizar que mi hijo se someta a la prueba COVID-19, entiendo que no estoy creando una relación de paciente para mi hijo o para mí con el distrito escolar. Entiendo que el Distrito Escolar de Lockport City no actúa como proveedor médico de mi hijo. Las pruebas no reemplazan el tratamiento del proveedor médico de mi hijo. Asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de las pruebas de mi hijo. Acepto que buscaré consejo médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi hijo si tengo preguntas o inquietudes o si la condición de mi hijo empeora.
5. Entiendo que la prueba COVID-19 tiene el potencial de producir resultados falsos positivos o falsos negativos. Entiendo que en el caso de un resultado positivo en la prueba, necesitaré una carta del proveedor de atención médica de mi hijo para que regrese a la escuela.

ACEPTACIÓN

El abajo firmante, se me ha informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y los riesgos, y he recibido una copia de este consentimiento informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Doy mi consentimiento y acepto voluntariamente que mi hijo sea examinado para COVID-19.

Firma del padre / tutor legal: _____ Fecha: _____

DECLINACIÓN

Rechazo la prueba de COVID-19 de mi hijo en este momento. El Distrito Escolar de Lockport City ha revisado, y entiendo, los riesgos potenciales de no participar en las pruebas de referencia y que rechazar las pruebas puede afectar la capacidad de mi hijo para asistir a la escuela hasta que el proveedor de atención médica de mi hijo determine que mi hijo ya no es contagioso y puede regresar a la escuela. .

Firma del padre / tutor legal: _____ Fecha: _____

کوڈ 19 جانچ کے لئے طالب علموں کو مطلع کیا جاتا ہے

طالب علم کا نام: _____ DOB: _____

اسکول: _____

براہ کرم مندرجہ ذیل باخبر رضامندی کو غور سے پڑھیں:

1. جانچ کے لئے ایک دستخط شدہ COVID-19 میں سمجھتا ہوں کہ لاکپورٹ سٹی اسکول ڈسٹرکٹ کو میرے بچے کی 1. رضامندی کی ضرورت ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ اس سے پہلے کہ میں 18 سال سے کم عمر کے بچے کا تجربہ کر سکے ، مجھے رضامندی پر دستخط کرنے کی ضرورت ہے۔ میں لاکپورٹ سٹی اسکول ڈسٹرکٹ ، جو ایک آزاد لیبارٹری ہے ، کو اجازت دیتا ہوں کہ وہ اپنے بچے کے مجاز میڈیکل پرووائڈر یا پبلک ہیلتھ آفیشل کے ذریعہ منسلک ناک کی جھاڑی کے ذریعہ کوویڈ 19 کے لئے اکٹھا اور جانچ کرو۔ میں سمجھتا ہوں کہ یہ جانچ رضاکارانہ ہے اور میرے بچے کی ضرورت نہیں ہے ، اور نہ ہی مجھے ضرورت ہے ، کہ میرے بچے کو اسکول میں داخلے کی شرط جیسی جانچ سے گزرنے کا اختیار دیں۔ میں اپنے بچے کے ٹیسٹ کے نتائج کو لاک پور سٹی ڈسٹرکٹ ڈسٹرکٹ اور کسی قابل اطلاق کاؤنٹی ، ریاست ، یا کسی سرکاری I. ادارہ کو قانون کے مطابق ضرورت کے مطابق ظاہر کرنے کی اجازت دیتا ہوں اور سمجھتا ہوں کہ اس طرح کا انکشاف بھی قابل اطلاق قانون کے مطابق ہوگا۔

I. میں تسلیم کرتا ہوں کہ ایک مثبت امتحان کے نتیجے میں یہ اشارہ ہوتا ہے کہ میرے اور میرے بچے اور ہمارے کنبے کے I. ممبروں کو تنہائی اور سنگرودھ پروٹوکول اور تمام قابل اطلاق وفاقی ، ریاست اور / یا مقامی رہنمائی کی پابندی کرنا چاہئے تاکہ دوسروں کو متاثر ہونے سے بچ جا سکے۔

ٹیسٹ کروانے کی اجازت دینے اور اس سے اتفاق کرنے کے COVID-19 اس دستاویز پر دستخط کر کے اور میرے بچے کو this. ذریعہ ، میں سمجھتا ہوں کہ میں اپنے بچے کے لئے یا اسکول ڈسٹرکٹ کے ساتھ اپنے مریضوں کے لئے کوئی رشتہ نہیں بنا رہا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ لاکپورٹ سٹی اسکول ڈسٹرکٹ میرے بچے کو میڈیکل فراہم کرنے والے کی حیثیت سے کام نہیں کر رہا ہے۔ جانچ میرے بچے کے طبی فراہم کنندہ کے ذریعہ علاج کی جگہ نہیں لیتا ہے۔ میں اپنے بچے کے ٹیسٹ کے نتائج کے حوالے سے مناسب کارروائی کرنے کی مکمل اور پوری ذمہ داری قبول کرتا ہوں۔ میں اتفاق کرتا ہوں کہ اگر مجھ سے سوالات یا خدشات ہیں یا میرے بچے کی حالت خراب ہوتی ہے تو میں اپنے بچے کے طبی فراہم کنندہ سے طبی مشورے ، نگہداشت اور علاج تلاش کروں گا۔ جانچ میں غلط مثبت یا غلط منفی ٹیسٹ کے نتائج آنے کی صلاحیت موجود ہے۔ میں COVID-19 میں سمجھتا ہوں کہ I. اپنے بچے کی صحت کی health سمجھتا ہوں کہ کسی مثبت امتحان کے نتیجے میں ، مجھے اپنے بچے کو اسکول جانے کے ل دیکھ بھال فراہم کرنے والے کے ایک خط کی ضرورت ہوگی۔

قبولیت

نشاندہی کردہ ، مجھے جانچ کے مقصد ، طریقہ کار ، ممکنہ فوائد اور خطرات کے بارے میں بتایا گیا ہے ، اور مجھے اس باخبر رضامندی کی ایک کاپی موصول ہوئی ہے۔ مجھے دستخط کرنے سے پہلے سوالات پوچھنے کا موقع ملا ہے ، اور مجھے بتایا گیا ہے کہ میں کسی بھی وقت اضافی سوالات پوچھ سکتا ہوں۔ میں رضاکارانہ طور پر اتفاق کرتا ہوں اور اپنے بچے کو کوڈ 19 کے ٹیسٹ کرانے پر رضامند ہوں۔

والدین / قانونی سرپرست کے دستخط: _____ تاریخ: _____

تخفیف

میں اس وقت اپنے بچے کے کوویڈ 19 ٹیسٹ کو مسترد کرتا ہوں۔ لاکپورٹ سٹی اسکول ڈسٹرکٹ نے جائزہ لیا ہے ، اور میں سمجھتا ہوں کہ بیس لائن ٹیسٹنگ میں حصہ نہ لینے کے ممکنہ خطرات اور اس میں کمی سے متعلق جانچ پڑتال سے میرے بچے کے اسکول جانے کی اہلیت متاثر ہو سکتی ہے جب تک کہ میرے بچے کی صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کا یہ تعین نہ ہو جائے کہ میرا بچہ اب متعدی نہیں ہے اور اسکول واپس جاسکتا ہے۔

والدین / قانونی سرپرست کے دستخط: _____ تاریخ: _____

Khu học chánh thành phố Lockport

THÔNG TIN HỌC SINH ĐỒNG Ý CHO THỬ NGHIỆM COVID-19

Tên học sinh: _____ DOB: _____

Trường học: _____

Vui lòng đọc kỹ sự đồng ý được thông báo sau:

1. Tôi hiểu rằng Khu Học Chánh Thành Phố Lockport yêu cầu phải có chữ ký đồng ý cho kiểm tra COVID-19 của con tôi. Tôi hiểu rằng tôi cần phải ký đồng ý trước khi con tôi dưới 18 tuổi có thể được kiểm tra. Tôi cho phép Khu Học Chánh Thành Phố Lockport, một phòng thí nghiệm độc lập, tiến hành thu thập và xét nghiệm COVID-19 thông qua một miếng gạc mũi do nhà cung cấp dịch vụ y tế được ủy quyền hoặc quan chức y tế công cộng của con tôi đặt hàng. Tôi hiểu rằng cuộc kiểm tra này là tự nguyện và con tôi không bắt buộc cũng như tôi không bắt buộc phải ủy quyền cho con tôi làm bài kiểm tra đó như một điều kiện để đi học.
2. Tôi cho phép tiết lộ kết quả kiểm tra của con tôi cho Học Khu Thành Phố Lockport và bất kỳ quận, tiểu bang hiện hành hoặc tổ chức chính phủ nào khác theo yêu cầu của pháp luật và hiểu rằng việc tiết lộ đó cũng sẽ được thực hiện phù hợp với luật hiện hành.
3. Tôi xác nhận rằng kết quả xét nghiệm dương tính cho thấy tôi và con tôi cùng các thành viên trong gia đình phải tuân thủ các quy trình cách ly và cách ly cũng như tất cả các hướng dẫn hiện hành của liên bang, tiểu bang và / hoặc địa phương về cách ly và cách ly để tránh lây nhiễm cho người khác.
4. Bằng cách ký vào tài liệu này và đồng ý và cho phép con tôi trải qua xét nghiệm COVID-19, tôi hiểu rằng tôi không tạo mối quan hệ kiên nhẫn cho con tôi hoặc cho tôi với khu học chánh. Tôi hiểu rằng Khu Học Chánh Thành Phố Lockport không đóng vai trò là nhà cung cấp dịch vụ y tế cho con tôi. Thử nghiệm không thay thế việc điều trị của nhà cung cấp dịch vụ y tế của con tôi. Tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm thực hiện hành động thích hợp liên quan đến kết quả kiểm tra của con tôi. Tôi đồng ý rằng tôi sẽ tìm kiếm lời khuyên, chăm sóc và điều trị y tế từ nhà cung cấp dịch vụ y tế của con tôi nếu tôi có thắc mắc hoặc lo lắng hoặc nếu tình trạng của con tôi xấu đi.
5. Tôi hiểu rằng xét nghiệm COVID-19 có khả năng xảy ra kết quả xét nghiệm dương tính giả hoặc âm tính giả. Tôi hiểu rằng trong trường hợp kết quả xét nghiệm dương tính, tôi sẽ cần thư từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con tôi để con tôi trở lại trường học.

CHẤP THUẬN

Những người ký tên dưới đây, tôi đã được thông báo về mục đích thử nghiệm, thủ tục, những lợi ích có thể xảy ra và rủi ro, và tôi đã nhận được một bản sao của sự đồng ý đã được thông báo này. Tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi trước khi ký, và tôi đã được thông báo rằng tôi có thể hỏi thêm bất cứ lúc nào. Tôi tự nguyện đồng ý và đồng ý cho con tôi được kiểm tra COVID-19.

Chữ ký của Phụ huynh / Người giám hộ hợp pháp: _____ Ngày: _____

QUYẾT ĐỊNH

Tôi từ chối thử nghiệm COVID-19 của con tôi tại thời điểm này. Khu Học Chánh Thành Phố Lockport đã xem xét, và tôi hiểu, những rủi ro tiềm ẩn của việc không tham gia thử nghiệm ban đầu và việc giám kiểm tra có thể ảnh hưởng đến khả năng đi học của con tôi cho đến khi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con tôi xác định rằng con tôi không còn lây nhiễm nữa và có thể trở lại trường học.

Chữ ký của Phụ huynh / Người giám hộ hợp pháp: _____ Ngày: _____