

موافقة مسبقة والإفصاح عن معلومات الاختبار التشخيصي لكوفيد-19

موافقة على إجراء الاختبار التشخيصي لكوفيد-19

أوافق طواعية وأصرح لجامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو (UC San Diego Health)، و/أو كلاريتي لاب سوليوشنز، إل إل سي (Clarity Lab Solutions, LLC)، و/أو ريسبونسييف بارتنرز، إل إل سي (Responsive Partners, LLC)، بالتعاون مع منطقة المدارس الموحدة لمقاطعة سان دييجو لإجراء عمليات الجمع والاختبار والتحليل لأغراض اختبارات تشخيص كوفيد-19 على الطالب (المذكور أسمه أدناه).

أقر وأفهم أن الاختبار التشخيصي لكوفيد-19 سيتطلب جمع عينة مناسبة من خلال مسحة الأنف الأمامية، أو مسحة الفم، أو غيرها من إجراءات الجمع الموصى بها.

أتحمل المسؤولية الكاملة لاتخاذ الإجراء المناسب فيما يتعلق بنتائج الاختبار. إذا كانت لدي أسئلة أو مخاوف بشأن نتائج اختبار الطالب أو الحالة البدنية، فسأطلب على الفور المشورة والعلاج من مزود الرعاية الطبية المناسب.

أفهم أنه لن يكون هناك أية رسوم أو مدفوعات للطالب أو الوالد أو التأمين الصحي لهذا الاختبار التشخيصي.

أفهم أن توقيع هذا النموذج يخول جامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو، و/أو كلاريتي لاب سوليوشنز، إل إل سي، و/أو ريسبونسييف بارتنرز، إل إل سي، لاختبار الطالب المذكور أدناه مرات متعددة (مثل مرة أسبوعياً، أو مرتين أسبوعياً، أو كل أسبوعين، أو كل 3 أسابيع أو أقل)، حسب توافر ظروف الاختبار وتفشي الفيروس في مجتمعنا. أوافق على اختبار الطالب الخاص بي دون وجودي حتى 30 يونيو 2022.

أفهم أنه يمكنني إلغاء هذه الموافقة كتابياً في أي وقت قبل إجراء الاختبار ولن يتم اختبار الطالب بعد ذلك. إذا قمت بإخطار منطقة المدارس الموحدة لمقاطعة سان دييجو كتابياً لإلغاء هذه الموافقة، فلن تختبر جامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو، و/أو كلاريتي لاب سوليوشنز، إل إل سي، و/أو ريسبونسييف بارتنرز، إل إل سي طفلي بعد الآن.

للطلاب الذين يتلقون اختبار كوفيد-19 من جامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو:

- أفهم أن هناك شرطاً لتسجيل طفلي كمريض تابع لجامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو (إذا لم يكن مسجلاً بالفعل) وأن يكون مسجلاً في MyUCSDChart لأغراض التتبع.
- سيتم الاتصال بأولياء الأمور من قبل جامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو في حالة أي نتيجة إيجابية للشرح والتعليمات. ستتوفر النتائج السلبية في MyUCSDChart فقط.

الإفصاح عن المعلومات لكلاريتي لاب سوليوشنز، إل إل سي، وريسبونسييف بارتنرز، إل إل سي، وبراييري دايجنوستيك، إنك (Primary Diagnostics, Inc).

أفهم أن الطالب قد يتلقى اختباراً تشخيصياً لكوفيد-19 من كلاريتي لاب سوليوشنز، إل إل سي، و/أو ريسبونسييف بارتنرز، إل إل سي، و/أو جامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو، حسب توافره. أفهم أيضاً أن الطالب قد يتلقى اختبار تشخيص كوفيد-19 المقدم من الدولة. براييري دايجنوستيك، إنك، منصة حكومية تستخدم لجمع نتائج اختبار كوفيد-19 والمعلومات ذات الصلة من اختبارات التشخيص المقدمة من الدولة.

أفوض كلاريتي لاب سوليوشنز، إل إل سي، وريسونيسيف بارتنرز، إل إل سي، وبراميري دايجنوستيك، إنك للإفصاح عن البيانات الشخصية للطالب (بما في ذلك الاسم، والجنس، وتاريخ الميلاد، وإلى الحد واجب التطبيق، معلومات الإعالة و/أو الوصاية)، أو معلومات الاتصال (بما في ذلك، إلى الحد واجب التطبيق، رقم هاتفي، وعنوان البريد الإلكتروني، والعنوان أو العنوان البريدي)، أو معلومات الموعد، أو رقم تعريف المعاملة، أو معلومات ونتائج اختبار كوفيد-19، إلى منطقة المدارس الموحدة لمقاطعة سان دييجو، والمقاطعة، ووزارة الصحة بالولاية، أو إلى أي هيئة حكومية أخرى حسبما يقتضي القانون.

ستخطرني المقاطعة عبر الهاتف بأي نتيجة اختبار إيجابية. يمكن الحصول على نتائج الاختبارات السلبية عن طريق الاتصال بالمرضة في مدرسة طلابي.

الإفصاح عن المعلومات لجامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو

أفهم أنه إذا تلقى الطالب اختبار كوفيد-19 من جامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو، فسيطلب مني أيضاً إكمال نموذج الإفصاح عن المعلومات من جامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو.

أفهم أن نماذج جامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو تتطلب رقم الضمان الاجتماعي، لكنني لست مطالباً بتقديم هذا وسيتم توفير الاختبار سواء تم تقديم رقم الضمان الاجتماعي أم لم يتم تقديمه. سواء تم تقديم رقم الضمان الاجتماعي أم لا، لن يؤثر ذلك على أهلية الطالب للتسجيل أو تلقي الخدمات التعليمية. لن يتم مشاركة أرقام الضمان الاجتماعي، أو حقيقة أنه لم يتم تقديمه، من قبل المنطقة التعليمية ما عدا مع جامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو والتي بدورها لن تشارك هذه المعلومات مع أي شخص أو كيان آخر.

التدريس والتدريب والتعليم في جامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو

أفهم أنه كجزء من مهمتها التعليمية، تقوم جامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو بتدريس وتدريب الطلاب في وظائف الرعاية الصحية وأن المتدرب الخاضع للإشراف قد يدير اختبار كوفيد-19 لطفلي.

حقوق المريض وممارسات الخصوصية

(أ) إشعار ممارسات الخصوصية وحقوق المريض: يصف "إشعار ممارسات الخصوصية" التابع لجامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو كيفية استخدام والإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية وهو متاح على هذا الموقع الإلكتروني: <https://health.ucsd.edu/hipaa/Pages/hipaa.aspx>

(ب) الإفصاح للسلطات الحكومية: أقر وأوافق على أن جامعة كاليفورنيا للصحة في سان دييجو و/أو منطقة المدارس الموحدة لمقاطعة سان دييجو قد تكشف عن نتائج الاختبار الخاصة بي والمعلومات ذات الصلة به إلى الهيئات المناسبة في المقاطعة والولاية حسبما يقتضي القانون.

اسم الطالب:

الاسم الأول الاسم الأخير

تاريخ ميلاد الطالب:

شهر/يوم/سنة

مدرسة التسجيل: _____ المرحلة: _____ المدرس: _____

التاريخ: _____ توقيع الطالب (العمر: 12 عام أو أكبر)

توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني: _____ التاريخ: _____

اسم ولي الأمر أو الوصي القانوني (كتابة)

تاريخ ميلاد ولي الأمر أو الوصي القانوني:

شهر/يوم/سنة

رقم هاتف ولي الأمر أو الوصي القانوني:

البريد الإلكتروني لولي الأمر أو الوصي القانوني: