BIỂU MẪU DÀNH CHO CÁC TRƯỜNG ĐỘC LẬP



**Biểu Mẫu Chấp Thuận cho Trường Học Độc Lập trong Chương Trình Xét Nghiệm COVID19 Niên Khóa 2022**

1. **Giới thiệu**
2. **Thoả Thuận Chấp Thuận**
3. **Thông Tin Cá Nhân**
4. **Chọn Trường**

Mục tiêu của chúng tôi khi tiến hành xét nghiệm COVID-19 là đảm bảo rằng học sinh và đội ngũ nhân viên nhà trường có thể tham gia học trực tiếp một cách an toàn, đồng thời giảm bớt tác động của việc cách ly diện rộng đối với học sinh, gia đình các em và nhà trường.  

Biểu mẫu này bao gồm một yêu cầu chấp thuận việc xét nghiệm cho con em quý vị, những chi tiết cho thấy thông tin xét nghiệm có thể được chia sẻ như thế nào, và bản mô tả các loại hình xét nghiệm mà trường chúng tôi sẽ thực hiện. Chúng tôi có thể sẽ sử dụng nhiều hơn một loại xét nghiệm tại một thời điểm xác định bất kỳ, vì mỗi loại xét nghiệm có một mục đích khác nhau. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem lại [hướng dẫn hữu ích về các công cụ xét nghiệm có thể sử dụng](https://education.vermont.gov/documents/COVID-19-response-testing-at-a-glance-flowchart) (liên kết bằng tiếng Anh) mà trường chúng tôi có thể sẽ cung cấp. 

**Toàn bộ việc xét nghiệm đều là tự nguyện và sẽ cần có ý kiến chấp thuận.**

**Biểu mẫu chấp thuận này CHỈ dùng cho việc xét nghiệm khi có một trường hợp dương tính ở trường, cụ thể là dùng các xét nghiệm PCR, LAMP hoặc xét nghiệm kháng nguyên. Nhân viên nhà trường hoặc các gia đình có con em muốn tham gia xét nghiệm theo dõi hàng tuần sẽ cần phải điền vào một [biểu mẫu chấp thuận riêng](https://www.cic-health.com/consent/vt) (liên kết bằng tiếng Anh).**

Tiếp

1 / 4



## Biểu Mẫu Chấp Thuận cho Trường Học Độc Lập trong Chương Trình Xét Nghiệm COVID19 Niên Khóa 2022

1. **Giới thiệu**
2. **Thoả Thuận Chấp Thuận**
3. **Thông Tin Cá Nhân**
4. **Chọn Trường**

**Tôi đang điền biểu mẫu này cho/với tư cách: (bắt buộc điền)**



### Thoả Thuận Chấp Thuận

#### THÔNG BÁO VỀ VIỆC CHIA SẺ THÔNG TIN

Thông tin về con quý vị và kết quả xét nghiệm của trẻ sẽ được chia sẻ với và giữa các cơ quan, nhà thầu cũng như các nhà cung cấp nhất định của Vermont để hỗ trợ thực hiện chương trình xét nghiệm này. Những thông tin này sẽ chỉ được chia sẻ để phục vụ cho các mục đích y tế công cộng, có thể bao gồm: thông báo cho những người tiếp xúc gần với con quý vị nếu họ đã bị phơi nhiễm với COVID-19, và thực hiện các biện pháp khác để ngăn chặn COVID-19 lây lan thêm trong cộng đồng của quý vị.

Thông tin về con quý vị có thể sẽ được chia sẻ với các cơ quan, nhà thầu và nhà cung cấp dịch vụ tiến hành Xét Nghiệm COVID-19 của Vermont. Những thông tin này bao gồm: tên và kết quả xét nghiệm COVID-19 của con quý vị, ngày sinh/tuổi, giới tính, chủng tộc/dân tộc của trẻ, tên trường/trại hè mà trẻ theo học, (các) giáo viên và cố vấn của trẻ, lịch sử đăng ký học và điểm danh của trẻ tại lớp học/nhóm học/nhóm học tại nhà, cũng như việc trẻ tham gia chương trình sau giờ học hoặc chương trình khác, tên của các thành viên khác trong gia đình hoặc người giám hộ, địa chỉ, số điện thoại và địa chỉ email của trẻ.

Sở Y Tế Vermont sẽ báo cáo công khai những dữ liệu mà họ nhận được về các ca nhiễm COVID-19 tại các trường học. Thông tin của con quý vị sẽ chỉ được chia sẻ theo luật hiện hành và các chính sách của tổ chức chúng tôi liên quan đến việc bảo vệ quyền riêng tư của học sinh và học viên trại hè, cũng như bảo mật dữ liệu của con quý vị.

* Bằng việc ký tên dưới đây, tôi chấp thuận [cho con tôi/bản thân tôi] tham gia vào [Các Loại Hình Xét Nghiệm COVID-19](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-types-flowchart) sau đây:

        o   Xét nghiệm PCR tại trường

        o   Xét nghiệm PCR tại nhà

        o   Xét Nghiệm Kháng Nguyên để Ở Lại Trường

* Tôi hiểu rằng nếu con tôi là người tiếp xúc gần hoặc có triệu chứng, trẻ sẽ phải tham gia chương trình xét nghiệm ứng phó với COVID-19.
* Tôi hiểu rằng loại hình xét nghiệm (các tùy chọn nêu trên) có thể sẽ khác nhau và tùy thuộc vào tình huống ([Xác Định Nhanh Xét Nghiệm COVID-19](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-at-a-glance-flowchart)).
* Tôi xác nhận rằng tôi là cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân, hoặc tôi là bệnh nhân và đã đủ 18 tuổi trở lên.
* Tôi đã được trao cơ hội đưa ra thắc mắc về các loại hình xét nghiệm nêu ở trên.
* Tôi hiểu rằng chương trình xét nghiệm ứng phó với COVID-19 của trường là chương trình tự nguyện, và rằng tôi có thể từ chối (để con tôi) tham gia chương trình vào bất cứ lúc nào.
* Tôi hiểu rằng nếu tôi từ chối (để con tôi) tham gia chương trình xét nghiệm ứng phó với COVID-19, con tôi/tôi có thể bị yêu cầu phải cách ly.

Tôi đã đọc, đồng ý và chấp thuận với các tuyên bố trên. bắt buộc điền

Đúng

Xin vui lòng không tiếp tục điền vào biểu mẫu này nếu quý vị không đồng ý.

Quay lại Tiếp theo

2 / 4



## Biểu Mẫu Chấp Thuận cho Trường Học Độc Lập trong Chương Trình Xét Nghiệm COVID19 Niên Khóa 2022

1. **Giới thiệu**
2. **Thoả Thuận Chấp Thuận**
3. **Thông Tin Cá Nhân**
4. **Chọn Trường**

### Thông Tin Cá Nhân và Nhân Khẩu Học

.

Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ (bắt buộc điền)





Tên của Người Tham Gia Xét Nghiệm (bắt buộc điền)





Địa chỉ (bắt buộc điền)











**Điện thoại (bắt buộc điền)**



**Email**



Giới Tính Sinh Học của Người Tham Gia Xét Nghiệm (bắt buộc điền)

Nữ

Nam

Khác

Chủng Tộc/Nhân Khẩu Học của Người Tham Gia Xét Nghiệm

Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska

Người Châu Á

Người Hawaii Bản Xứ hoặc Người Đảo Thái Bình Dương khác

Người Da Trắng

Không rõ

Từ chối trả lời

Người tham gia xét nghiệm có làm việc trong ngành chăm sóc sức khỏe không? bắt buộc điền

Có

Không

Người tham gia xét nghiệm có sống trong nhà ở tập trung (ví dụ như cơ sở chăm sóc dài hạn, cơ sở cải huấn hoặc nhà tạm lánh) không? Bắt buộc điền - câu trả lời mặc định được đặt là “Không:

Có

Không

Quay lại Tiếp theo

3 / 4



## Biểu Mẫu Chấp Thuận cho Trường Học Độc Lập trong Chương Trình Xét Nghiệm COVID19 Niên Khóa 2022

1. **Giới thiệu**
2. **Thoả Thuận Chấp Thuận**
3. **Thông Tin Cá Nhân**
4. **Chọn Trường**

### Thông Tin Trường

**Trường Học Độc Lập (bắt buộc điền)**



Quay lại Nộp

4 / 4

INDEPENDENT SCHOOLS FORM



**SY22 COVID19 Testing Program Independent School Consent Form**

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

Our goal for COVID-19 testing is to ensure that students and staff can safely participate in in-person learning while reducing the impacts of widespread quarantine on students, their families and schools.  

This form includes a request for consent to have your student tested, details about how test information may be shared, and a description of the testing types that our school is offering. We may be using more than one testing type at any given time because each has a different purpose.  For more information, please review this [helpful guide on the potential testing tools](https://education.vermont.gov/documents/COVID-19-response-testing-at-a-glance-flowchart) (link in English) that our school may offer. 

**All testing is voluntary and will require consent.**

**This consent form is ONLY for testing in response to a positive case at school, specifically using PCR, LAMP or antigen tests. Staff or families with students interested in participating in weekly surveillance testing will need to complete a**[**separate consent form**](https://www.cic-health.com/consent/vt) **(link in English).**

Next

1 / 4



## SY22 COVID19 Testing Program Independent School Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

**I am completing this form for/as a: required**



### Consent Agreement

#### NOTIFICATION OF INFORMATION SHARING

The information about your minor and his or her test results will be shared with and among certain Vermont agencies, contractors and providers to support the testing program. This information will be shared only for public health purposes, which may include notifying close contacts of your minor if they have been exposed to COVID-19, and taking other steps to prevent the further spread of COVID-19 in your community.

Information about your minor may be shared with the Vermont agencies, contractors and service providers conducting COVID-19 Testing, and includes your minor's name and COVID-19 test results, date of birth/age, sex, race/ethnicity, school/camp names, teacher(s) and counselors, classroom/cohort/pod enrollment and attendance history, and after school or other program participation, names of other family members or guardians, address, telephone number, and email address.

The Vermont Department of Health will report publicly data they receive about COVID-19 cases in schools. Your minor’s information will only be shared in accordance with applicable law and our organization's policies protecting student and camper privacy and the security of your minor's data.

* By signing below, I am consenting [for my child / myself] to participate in the following [COVID-19 Testing Types](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-types-flowchart):

        o   In school PCR testing

        o   Take home PCR testing

        o   Test to Stay Antigen testing

* I understand that if my child is a close contact or symptomatic, they will be asked to participate in COVID-19 response testing.
* I understand that the type of testing (the options above) may vary and is dependent on the situation ([COVID-19 Testing At A Glance](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-at-a-glance-flowchart)).
* I certify that I am the parent or legal guardian of the patient, or I am patient and at least 18 years of age.
* I have been given the opportunity to ask questions about the test types outlined above.
* I understand that school COVID-19 response testing is voluntary, and that I may decline to (have my child) participate at any time.
* I understand that if I decline to (have my child) participate in COVID-19 response testing, my child / I may be asked quarantine.

I have read, agree and consent to the above statements. required

Yes

Please do not continue filling out this form if you do not agree.

BackNext

2 / 4



## SY22 COVID19 Testing Program Independent School Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

### Personal and Demographic Information

.

Parent or Guardian required





Testing Participant Name required





Address required











**Phone required**



**Email**



Testing Participant Biological Sex required

Female

Male

Other

Testing Participant Race/Demographics

American Indian or Alaskan Native

Asian

Native Hawaiian or other Pacific Islander

White

Unknown

Refused to answer

Is the testing participant employed in the healthcare industry? required

Yes

No

Does the testing participant live in congregate housing (e.g. long-term care facility, correctional facility or shelter)? Required – default response set to “No:

Yes

No

BackNext

3 / 4



## SY22 COVID19 Testing Program Independent School Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

### School Information

**Independent School required**



BackSubmit

4 / 4