



HỌC KHU THỐNG NHẤT SANTA ANA ĐƠN CHO PHÉP / ỦY QUYỀN ĐƯỢC THỬ NGHIỆM COVID-19

Xin vui lòng điền thông tin cho người được thử nghiệm.

Ngày hôm nay: _____

Tên Học Sinh / Nhân viên : _____ Tên Đệm Học Sinh / Nhân viên : _____

Tên Họ Học Sinh / Nhân viên _____ Mã số Học Sinh / Nhân viên ID #:

Ngày sinh của học sinh và nhân viên ____ - ____ - ____

Giáo viên của học sinh/ Giáo viên tiết thứ nhất _____

1. Tôi là học sinh của Học Khu Thống Nhất Santa Ana (“SAUSD”), phụ huynh của học sinh SAUSD, giảng viên, nhân viên của SAUSD, là một tình nguyện viên được SAUSD ủy quyền / phê duyệt, hoặc đối tác được SAUSD ủy quyền / phê duyệt cung cấp dịch vụ cho học sinh SAUSD (sau đây gọi là “học sinh hoặc nhân viên”), và tôi ủy quyền cho Học Khu Thống Nhất Santa Ana và / hoặc một phòng thí nghiệm độc lập thay mặt cho SAUSD tiến hành thu thập và kiểm tra việc tiếp xúc với Novel Coronavirus (COVID-19) thông qua miếng gạc miệng, mẫu nước bọt, hoặc các phương pháp thu thập mẫu tối thiểu hoặc không xâm lấn theo chỉ định của nhà cung cấp dịch vụ y tế được ủy quyền..
2. Tôi hiểu rằng phương pháp thu thập mẫu thử nghiệm tối thiểu sẽ được sử dụng để tiến hành thử nghiệm qua miệng một miếng gạc lau chung quanh má / cằm bông có thể gây hơi khó chịu.
3. Tôi hiểu rằng, trong trường hợp kết quả xét nghiệm dương tính, SAUSD và / hoặc các cá nhân hoặc nhà thầu thay mặt, có thể liên lạc với tôi và những người có thể đã tiếp xúc với học sinh, giảng viên hoặc nhân viên và học sinh, giảng viên, hoặc danh tính của nhân viên có thể được tiết lộ cho một số cá nhân nhất định trong phạm vi cần thiết để bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của những người bị phơi nhiễm.
4. Tôi hiểu rằng bằng cách ký vào tài liệu này và đồng ý rằng học sinh, giảng viên hoặc nhân viên sẽ trải qua thử nghiệm COVID-19, rằng tôi không tạo mối liên quan giữa bệnh nhân với SAUSD. Tôi hiểu rằng SAUSD không phải như là một nhà cung cấp dịch vụ y tế cho học sinh, giảng viên hoặc nhân viên. Thử nghiệm không thay thế cho việc điều trị của nhà cung cấp dịch vụ y tế. Tôi hiểu rằng chương trình kiểm tra SAUSD chỉ nhằm xác định sự tồn tại của Covid 19 với mục đích đưa vào khuôn viên trường học và tôi không dựa vào chương trình này vì sự tin cậy cá nhân. Tôi đồng ý rằng tôi có trách nhiệm thực hiện hành động thích hợp liên quan đến kết quả bài kiểm tra cho học sinh, giảng viên hoặc nhân viên. Tôi đồng ý rằng tôi có trách nhiệm tìm kiếm lời khuyên, chăm sóc và điều trị y tế từ một nhà cung cấp dịch vụ y tế cho học sinh, giảng viên hoặc nhân viên trong phạm vi những lời khuyên, chăm sóc và điều trị y tế đó trở nên cần thiết. Ngoài ra, tôi đồng ý không giữ SAUSD hoặc các đại lý và đối tác hợp đồng của SAUSD chịu trách nhiệm pháp lý về các hành vi và dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp hoặc giới thiệu như một phần của chương trình thử nghiệm này.
5. Tôi hiểu rằng, như với bất kỳ xét nghiệm y tế nào, cũng có khả năng xảy ra kết quả xét nghiệm dương tính giả hoặc âm tính giả.
6. Tôi hiểu rằng SAUSD đã mời một số nhà cung ứng và nhà tư vấn thứ ba bên ngoài nhất định để hỗ trợ SAUSD quản lý chương trình thử nghiệm COVID-19 của mình. Tôi hiểu thêm rằng để chương trình thử nghiệm COVID-19 được quản lý thành công, một số thông tin cá nhân nhất định về học sinh, giảng viên hoặc nhân viên sẽ cần được thông báo cho các nhà thầu và nhà tư vấn đó nhằm mục đích quản lý chương trình và chỉ để mức độ cần thiết đối với việc quản lý chương trình thử nghiệm COVID-19. Điều này bao gồm một số thông tin nhất định có trong Hệ thống Thông tin Học Sinh Aeries của SAUSD (Aeries SIS) và có thể bao gồm thông tin nhận dạng cá nhân được bảo vệ theo Đạo luật Quyền riêng tư và Quyền Giáo dục Gia đình, bao gồm tên học sinh, trường học, cấp lớp và nhóm. Theo đây, tôi cho phép rõ ràng thông tin đó liên quan đến sinh viên, giảng viên hoặc nhân viên được tiết lộ như được mô tả ở đây trong phạm vi cần thiết để quản lý chương trình thử nghiệm COVID-19.
7. Tôi hiểu rằng tôi và gia đình tôi sẽ không bị tính phí trực tiếp cho các dịch vụ. Các nguồn thanh toán của dịch vụ thứ ba có thể được lập hóa đơn.



8. Bằng việc ký tên vào biểu mẫu này, tôi xác nhận rằng sự đồng ý & ủy quyền này dành cho việc kiểm tra COVID-19 trong năm học 2021-2022, bắt đầu từ ngày 16 tháng 8 năm 2021 và tiếp tục đến hết ngày 2 tháng 6 năm 2022. Việc kiểm tra này sẽ diễn ra hàng tuần nhưng cũng có thể được sửa đổi để xảy ra hai lần trong khoảng thời gian mười ngày, theo hướng dẫn của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ, Bộ Y tế Công cộng California và SAUSD.
9. Bằng cách ký vào biểu mẫu này, tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được bản sao Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của SAUSD.
10. Mặc dù tôi hiểu rằng hồ sơ y tế sẽ được giữ bí mật, tôi xác nhận và cho phép tiết lộ thông tin liên quan đến việc điều trị cho người thứ ba bên ngoài như Medi-Cal hoặc các công ty bảo hiểm nhằm mục đích thanh toán. Tôi cũng thừa nhận và đồng ý cho phép chia sẻ thông tin như lý lịch tiêm chủng và / hoặc bệnh truyền nhiễm với SAUSD để bảo vệ sức khỏe của học sinh, giảng viên hoặc nhân viên khác. Tôi thừa nhận và đồng ý rằng thông tin cũng có thể được tiết lộ cho các người thứ ba bên ngoài được chứng nhận để tạo điều kiện thuận lợi cho việc truyền hồ sơ sức khỏe điện tử.

CHẤP THUẬN

Tôi, những người ký tên dưới đây, đã được thông báo về mục đích thử nghiệm, các thủ tục, các lợi ích và rủi ro có thể xảy ra, tôi đã được tạo cơ hội để đặt câu hỏi trước khi tôi đồng ý, và tôi đã được thông báo rằng tôi có thể hỏi các câu hỏi khác bất cứ lúc nào. Tôi tự nguyện đồng ý thử nghiệm COVID-19.

Chữ ký: _____ Mối quan hệ với học sinh: _____ Ngày: _____

Tên người ký: _____

Địa chỉ nhà: _____ Điện thoại: (____) _____ - _____

DÀNH CHO VĂN PHÒNG

Chữ ký được xác minh bởi: _____ Ngày: _____



HỌC KHU THỐNG NHẤT SANTA ANA

DỊCH VỤ VÀ SỨC KHỎE HỌC SINH THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH RIÊNG TƯ

Thông báo này miêu tả cách thông tin y tế về quý vị hoặc con quý vị có thể được sử dụng và tiết lộ cũng như cách quý vị có thể truy cập thông tin này. Xin vui lòng xem kỹ tài liệu này.

Học khu Thống nhất Santa Ana (SAUSD) và các đại lý / trường học theo hợp đồng của nó được yêu cầu theo luật liên bang, Đạo luật về trách nhiệm giải trình và cung cấp bảo hiểm y tế (HIPAA), Đạo luật Quyền riêng tư và Quyền Giáo dục Gia đình (FERPA) và để đảm bảo rằng Thông tin Y tế được Bảo vệ (PHI) của quý vị được giữ kín. PHI bao gồm thông tin mà chúng tôi đã tạo hoặc nhận được về quý vị hoặc tình trạng sức khỏe / y tế trong quá khứ, hiện tại hoặc tương lai của con quý vị có thể được sử dụng để nhận dạng quý vị hoặc con quý vị. Trừ khi quý vị ủy quyền bằng văn bản cho chúng tôi, chúng tôi sẽ chỉ tiết lộ thông tin sức khỏe / y tế của quý vị cho các hoạt động điều trị, thanh toán hoặc chăm sóc sức khỏe hoặc khi chúng tôi được pháp luật yêu cầu hoặc cho phép làm như vậy. Không phải mọi cách sử dụng đều được liệt kê, nhưng các cách chúng tôi có thể sử dụng và thông tin phát hành nằm trong một trong các mô tả bên dưới.

- Nhắc nhở cuộc hẹn và các lợi ích hoặc dịch vụ liên quan đến sức khỏe:** Chúng tôi có thể sử dụng PHI để gửi cho quý vị lời nhắc cuộc hẹn. Chúng tôi cũng có thể sử dụng PHI để cung cấp cho quý vị thông tin về các dịch vụ và điều trị liên quan đến chăm sóc sức khỏe khác.
- Điều trị:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị cho những người cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc những người có liên quan đến quý vị hoặc chăm sóc con quý vị như bác sĩ, y tá và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác. PHI cũng có thể được sử dụng để giới thiệu đến bệnh viện, bác sĩ chuyên khoa hoặc cho các lựa chọn điều trị thay thế khác. Ví dụ: chúng tôi có thể chia sẻ PHI với các nhân viên trường học có liên quan cho các mục đích của Chương trình Giáo dục Cá nhân hóa (IEP) để đề xuất các dịch vụ liên quan đến Giáo dục Đặc biệt thích hợp nhằm giải quyết nhu cầu sức khỏe của con quý vị khi ở trường..
- Nhận thanh toán cho phương pháp điều trị đã được cung cấp cho quý vị hoặc con quý vị:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị để lập hóa đơn và nhận thanh toán cho việc điều trị và các dịch vụ mà quý vị hoặc con quý vị nhận được trong môi trường trường học hoặc cộng đồng. Ví dụ: các nhà cung cấp hợp đồng của SAUSD sẽ gửi hóa đơn cho các cơ quan chính phủ hoặc các công ty bảo hiểm về dịch vụ xét nghiệm và y tế.
- Điều Hành Chăm sóc Sức Khỏe:** Chúng tôi có thể sử dụng và phát hành PHI của quý vị để quản lý các trung tâm y tế tại trường học của chúng tôi. Ví dụ: các thành viên trong nhóm cải tiến chất lượng của chúng tôi có thể sử dụng thông tin trong hồ sơ sức khỏe của quý vị hoặc con quý vị để xem xét việc chăm sóc và kết quả cho các mục đích cải tiến chất lượng.
- Đề đáp ứng các yêu cầu pháp lý:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI cho các quan chức chính phủ hoặc cơ quan thực thi pháp luật khi luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương yêu cầu chúng tôi làm như vậy. Chúng tôi cũng chia sẻ PHI khi chúng tôi được yêu cầu làm như vậy tại tòa án hoặc các thủ tục pháp lý khác. Ví dụ: nếu luật quy định chúng tôi phải báo cáo thông tin cá nhân về học sinh, những người đã bị lạm dụng, chúng tôi sẽ cung cấp thông tin đó.
- Báo cáo các sinh hoạt Y Tế cộng đồng:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI cho các quan chức chính phủ phụ trách việc thu thập một số thông tin sức khỏe cộng đồng. Ví dụ: chúng tôi chia sẻ thông tin chung về chủng ngừa, tử vong và một số thông tin thống kê về các bệnh như ho gà hoặc thủy đậu.
- Đối với mục đích nghiên cứu:** Chúng tôi không phát hành PHI cho các mục đích nghiên cứu y tế. Tuy nhiên, chúng tôi sử dụng PHI để tạo ra một bộ sưu tập thông tin không thể truy ngược lại bạn hoặc con bạn.
- Để tránh tổn hại:** Để tránh mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe và sự an toàn của một người hoặc công chúng, chúng tôi có thể cung cấp PHI cho cơ quan thực thi pháp luật, nhân viên khẩn cấp hoặc những người khác có thể ngăn chặn hoặc giảm bớt tổn hại.
- Kinh phí:** Chúng tôi có thể sử dụng và phát hành PHI để xin trợ cấp và / hoặc các cơ quan tài trợ của chính phủ để có được quỹ cho việc nâng cao và mở rộng các dịch vụ của chúng tôi. (Mặc dù được luật pháp cho phép, SAUSD không được sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị theo cách có thể truy ngược lại quý vị hoặc con quý vị.)

Quyền lợi của quý vị

- Để xem hoặc lấy bản sao thông tin mà chúng tôi có về quý vị hoặc con quý vị hoặc chỉnh sửa thông tin cá nhân của quý vị hoặc con quý vị mà quý vị cho rằng bị thiếu hoặc không chính xác. Nếu ai đó khác (chẳng hạn như bác sĩ của quý vị) đã cung cấp thông tin cho chúng tôi, chúng tôi sẽ cho quý vị biết ai để quý vị có thể yêu cầu họ sửa lại thông tin đó.
- Yêu cầu chúng tôi không sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị cho các hoạt động thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe. (Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với những yêu cầu này.)
- Yêu cầu chúng tôi trao đổi với quý vị về các vấn đề sức khỏe bằng các phương tiện thay thế hợp lý hoặc tại một địa chỉ khác, nếu thông tin liên lạc đến địa chỉ nhà của quý vị có thể gây nguy hiểm cho quý vị.
- Quý vị có quyền rút lại hoặc hủy bỏ sự đồng ý của mình bằng văn bản bất kỳ lúc nào. Tuy nhiên, chúng tôi có thể từ chối tiếp tục điều trị cho con em nếu cha mẹ hủy bỏ sự đồng ý của mình.
- Nhận danh sách tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị mà chúng tôi thực hiện, ngoại trừ khi:
 - o Quý vị đã cho phép tiết lộ;
 - o Việc tiết lộ được thực hiện đối với các hoạt động điều trị, thanh toán hoặc chăm sóc sức khỏe; hoặc
 - o Luật pháp hạn chế kế toán.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin gọi cho Học Khu Thống Nhất Santa Ana theo số (714) 558-5501.

Quy Trình Khiếu Nại

Nếu quý vị tin rằng chúng tôi có thể đã vi phạm quyền Bảo mật của quý vị, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại tới:

Dịch vụ Rủi ro và Sức khỏe Học sinh của Học Khu Thống Nhất Santa Ana

1601 East Chestnut Avenue, Santa Ana, CA 92701-6322