



Thưa Quý Nhân Viên,

Khi chúng tôi bắt đầu đưa thêm học sinh trở lại trường, FCPS đang thực hiện nhiều bước để giữ an toàn cho trường học và cộng đồng của chúng ta. Các bước chúng tôi đang thực hiện bao gồm: rửa tay, giữ khoảng cách và đeo khẩu trang.

Ngoài những cách thức này, FCPS sẽ cung cấp xét nghiệm chuẩn đoán COVID-19 miễn phí trong trường học. Trong sự phối hợp với Sở Y Tế Quận Fairfax, FCPS đã chọn tham gia vào chương trình thí điểm COVID-19. Trường Trung Học Cơ Sở Rocky Run đã được chọn để tham gia vào chương trình này. **Sự tham gia là tự nguyện.**

Xét nghiệm chuẩn đoán COVID-19 sẽ được cung cấp cho bất cứ học sinh hay nhân viên nào có các triệu chứng của COVID-19 trong ngày học. Mục đích của cuộc kiểm tra này để xác định các trường hợp càng sớm mà chúng tôi có thể và thực hiện các bước để bảo vệ những người khác trong trường học và cộng đồng. Bộ Y Tế của Virginia đã cung cấp cho FCPS bộ xét nghiệm Abbott BinaxNow antigen. Một tổ thành viên được thực tập sẽ ngóáy vom mũi trên của một thành viên. Kết quả kiểm tra mất đúng 15 phút.

Theo quy trình FCPS hiện tại, nhân viên có triệu chứng sẽ được yêu cầu rời khỏi khuôn viên trường và theo dõi với nhà cung cấp dịch vụ y tế, bất kể kết quả xét nghiệm ra sao. Nhân viên phải cung cấp mẫu đơn Trở Lại-để-Làm Việc, được ký bởi nhà cung cấp dịch vụ y tế, trước khi quay lại làm việc. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo [Quy Định 4135](#)

Nếu quý vị cảm thấy ốm hoặc có các triệu chứng của COVID-19 trước ngày học, **Xin vui lòng ở nhà.**

Để quý vị tham gia vào chương trình, mẫu đơn đồng ý đính kèm phải được hoàn tất và gửi lại cho trường học.

Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo tài liệu [Những Câu Hỏi Thường Được Nêu Ra](#), tài liệu này có thể trả lời nhiều câu hỏi của quý vị. Nếu quý vị có thêm những điều gì thắc mắc, xin liên lạc với nhân viên điều hành của trường hoặc giám sát viên.

MẪU ĐƠN ĐỒNG Ý XÉT NGHIỆM COVID-19 TẠI TRƯỜNG CỦA NHÂN VIÊN

Họ:		Tên:		Tên Lót		Ngày Sinh: ____/____/____	
Địa Chỉ:		Tên Đường: Thành Phố: Tiểu Bang: Mã Vùng:					
Điện Thoại Phụ Huynh:		Điện thư Phụ huynh:		Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Ngôn ngữ khác <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời			
Chủng Tộc		<input type="checkbox"/> Mỹ Da Đỏ/Bản Xứ Alaska <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Da Đen hay Mỹ gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Bản Xứ Hạ Uy Di hay Người Ở Đảo Thái Bình Dương Khác <input type="checkbox"/> Da Trắng <input type="checkbox"/> Không đề cập				Tây Ban Nha/Châu Mỹ La Tinh <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời	

Bằng cách hoàn thành và gửi mẫu đơn này, tôi xác nhận rằng tôi đồng ý và tôi cho phép thực hiện xét nghiệm miễn phí kháng nguyên COVID-19 trong giờ học. Tôi hiểu rằng việc cho phép xét nghiệm COVID-19 là một tùy chọn và tôi có thể từ chối sự cho phép này, trong trường hợp đó, tôi sẽ không xét nghiệm. Tôi cũng hiểu thêm rằng tôi phải ở nhà nếu không cảm thấy không khỏe trước ngày học.

Sự Đồng Ý và Chia Sẻ Dữ Liệu (Vui lòng ký tắt):

____ Trong trường hợp tôi có những triệu chứng của COVID-19, I cho phép thực hiện xét nghiệm kháng nguyên Abbott BinaxNOW COVID-19 Tôi hiểu rằng kết quả xét nghiệm của tôi sẽ được thông báo đến tôi và Sở Y Tế Của Virginia, theo luật tiểu bang.

Ký Ủy Quyền:

Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi ý định và hủy bỏ sự cho phép này bất cứ lúc nào. Để hủy bỏ sự cho phép đối với Xét nghiệm COVID-19, tôi cần được liên lạc [Tên POC] trực tiếp tại [Thông Tin Liên Lạc].

Tên bằng chữ in của Nhân Viên

Chữ ký của Nhân Viên

Ngày