



亲爱的教职员工：

随着我们开始让更多的学生返回学校，费郡公立学校正在采取许多措施来保持学校和社区的安全。我们采取的措施包括洗手，保持身体距离和戴遮面部/口罩。

除了这些做法以外，费郡公立学校将提供免费校内 COVID-19 诊断测试。费郡公立学校与维州卫生部合作，选择参加一项 COVID-19 测试试点计划。Rocky Run 中学被挑选参加这一计划。**参加是自愿的。**

本校将为任何在学校里出现 COVID-19 症状的学生或工作人员提供 COVID-19 诊断性测试。这种测试的目的是为了尽快确定病例，并采取措施保护我们学校和社区内的其他人。维吉尼亚州卫生部向费郡公立学校提供 Abbott BinaxNOW 抗原测试。一个经过培训的检测小组成员将对工作人员的鼻孔前部进行拭擦。得到测试结果需要大约 15 分钟。

根据现行的费郡公立学校政策，无论测试结果如何，有症状的工作人员将被要求离开校园，并去看他们的医疗服务提供者。该工作人员在返回工作岗位之前，必须提供一份由医疗服务提供者签署的返回工作岗位表格。如果您需要更多信息，请阅读[第 4135 项规章](#)。

如果您在上学日开始之前感到不舒服或出现 COVID-19 症状，**请留在家中。**

您参加该计划必须填写所附的同意书并交回学校。

如果您有更多问题，请阅读[最常提出的问题解答](#)，这份文件可以回答您的很多问题。如果您还有问题，请和学校管理层或您的主管联系。



学校工作人员校内 COVID-19 测试同意书

姓:	名:	中名:	出生日期: ____/____/____
住址:	街道和门牌: 城市: 州: 邮编:		
电话:		电邮:	性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不希望回答
种族:	<input type="checkbox"/> 美国印第安人/阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著或其他太平洋群岛人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 没有说明		西班牙裔/拉美裔 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不希望回答

通过填写和提交此表，我确认我同意并授权在学校期间免费进行 COVID-19 抗原测试。我明白，授权进行 COVID-19 测试是可以选择的，我可以拒绝给予这一授权，在这种情况下，我将不会接受测试。我还知道，如果我在上学日开始之前感到不舒服，我必须留在家里。

同意与分享信息 (请草签):

_____ 如果我出现 COVID-19 症状，我授权管理层对我进行 Abbott BinaxNOW COVID-19 抗原测试。我知道，根据维州法律，测试结果将报告给我和维州卫生部。

授权者签名:

我知道我可以改变想法，随时取消这一同意。如果要取消同意接受 COVID 19 测试，我需要直接和 [POC Name] 联系，其联络信息是 [Contact Info]。

请用大写字母写出工作人员姓名

工作人员签字

日期