



친애하는 학부모/보호자께,

더 많은 학생들이 학교에 복귀하기 시작함에 따라 FCPS 는 우리 학교와 지역사회를 안전하게 유지하기 위해 여러 단계를 취하고 있습니다. 우리가 취하고 있는 단계에는 손 씻기, 물리적 거리두기 및 마스크 착용이 포함됩니다.

이러한 실천 사항 외에도, FCPS 는 **무료**의 교내 코로나-19 진단 검사 및 선별 검사를 제공할 것입니다. 버지니아 보건국과 협력하여 FCPS 는 코로나-19 검사 시범 프로그램에 참여하기로 결정하였으며 Rocky Run 중학교는 이 프로그램에 참여하도록 선정되었습니다:

**코로나-19 진단 검사**는 학교 시간 중에 코로나-19 증상을 보이는 모든 학생 또는 교직원에게 제공될 것입니다. 이 검사의 목적은 가능한 한 빨리 확진 사례를 식별하고 학교 및 공동체 내에서 다른 사람들을 보호하기 위해 조치를 취하고자 하는 것입니다. **참여는 자발적 의사입니다.**

현 FCPS 규약에 따라, 증상이 있는 학생들은 검사 결과와 관계없이 집으로 보내질 것입니다. 학생은 격리실에서 기다릴 것이며 학교는 학부모/보호자에게 통보할 것입니다. 반드시 한 시간 이내에 학부모/보호자가 학생을 데려가야 합니다. 학생이 학교로 복귀하려면, 의료 서비스 제공자가 작성한 [아픈 학생 통보 및 학교 복귀 양식 \(Sick Student Notification and Return to School Form\)](#)을 학교에 제출해야 합니다.

**코로나-19 선별 검사**는 학생들에게만 제공될 것입니다. 선별 검사는 정기적으로 무증상인 사람들을 검사하는 것입니다. 우리의 목표는 전염시킬 수 있는 감염된 사람들을 가능한 한 빨리 사전에 식별하여 바이러스가 퍼지지 않도록 조치를 취하도록 하는 것입니다. 많은 사람이 코로나-19 증상이 없으며 이들은 자신이 감염되었고 전염시킬 수 있다는 사실을 깨닫지 못할 수 있습니다. 선별 검사는 공동체의 많은 사람들이 참여할 때 가장 성공적입니다. 여러분의 자녀가 이 시범 프로그램에 참여하도록 허락하는 것을 강력히 고려하도록 부탁드립니다. 검사를 위해 매주 소규모의 학생들이 무작위로 선정될 것입니다. **참여는 자발적 의사입니다.**

학생의 **검사** 결과가 양성일 경우, 학생은 격리실에서 기다릴 것이며 학교는 학부모/보호자에게 통보할 것입니다. 반드시 한 시간 이내에 학부모/보호자가 학생을 데려가야 합니다. 학생이 학교로 복귀하려면, 의료 서비스 제공자가 작성한 [아픈 학생 통보 및 학교 복귀 양식 \(Sick Student Notification and Return to School Form\)](#)을 학교에 제출해야 합니다.

버지니아 보건국은 FCPS 에 Abbott BinaxNOW 항원 검사를 제공하였습니다. 훈련된 검사원이 학생의 코 안쪽을 면봉으로 닦아 검사할 것입니다. 학생은 약 15 분 정도 소요되는 검사 결과를 기다리기 위해 직원과 함께 있을 것입니다.

자녀가 학교가 시작되기 전에 아프거나 코로나-19 증상이 있는 경우에는 **자녀를 집에 머물도록 하기 바랍니다.**

**여러분의 자녀가 이 프로그램에 참여하려면, 첨부한 동의서를 작성하여 학교에 제출해야 합니다.**

더 자세한 정보는 여러분의 많은 질문에 대한 답변이 있을 수 있는 [자주 문의 되는 질문들 \(FAQ\)](#) 문서를 참조하기 바랍니다. 추가의 질문은 자녀의 학교로 연락하기 바랍니다.

## 교내 코로나-19 검사에 관한 학생 동의서

성:		첫 이름:		중간 이름:		생년월일: ____/____/____	
주소:		거리: 도시: 주: 우편 번호:					
학부모 전화번호:		학부모 이메일:		성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음			
인종:		<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 동양인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양 제도민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 명시하지 않음				히스패닉/라틴계: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음	

이 양식을 작성하여 제출함으로써 본인은 동의서를 제공할 수 있는 적절한 학부모/보호자이며 학교 시간 동안 자녀에게 무료의 코로나-19 항원 검사를 실시하는 것을 허락합니다. 본인은 자녀에 대한 코로나-19 검사를 허락하는 것은 선택 사항이며 본인은 이를 거부할 수 있고, 거부할 경우, 자녀는 검사를 받지 않을 것임을 이해합니다. 또한, 학교가 시작되기 전에 자녀의 몸이 좋지 않다면 자녀를 반드시 집에 머물도록 해야 한다는 것을 이해합니다.

### 동의 및 자료 공유 (이니셜을 표기하세요):

\_\_\_\_\_ 자녀가 코로나-19 증상을 보이는 경우, 본인은 자녀에 대한 Abbott BinaxNOW 코로나-19 항원 검사의 실시를 허락합니다. 본인은 자녀의 검사 결과가 주법에 따라 버지니아 보건국에 보고될 것임을 이해합니다.

\_\_\_\_\_ 본인은 코로나-19 선별 검사의 일환으로 자녀에게 Abbott BinaxNOW 코로나-19 항원 검사를 실시하는 것을 허락합니다. 본인은 자녀의 검사 결과가 주법에 따라 버지니아 보건국에 보고될 것임을 이해합니다.

### 허락하는 서명인:

본인은 언제든지 마음을 바꾸고 이 허락을 취소할 수 있음을 이해합니다. 코로나-19 검사에 대한 이 허락을 취소하려면, 본인은 [POC Name]에게 [Contact Info](으)로 직접 연락해야 합니다.

\_\_\_\_\_  
학부모/보호자의 서명

\_\_\_\_\_  
학생과의 관계

\_\_\_\_\_  
이름을 정자로 기재

\_\_\_\_\_  
날짜