

新冠病毒筛查测试注册

家长/法定监护人电邮地址:	密码: 在注册过程中建立, 需要有密码才能登录门户网站。
---------------	------------------------------

确认您的电邮-费郡公立学校将把一封电邮发到您提供的电邮地址。寻找并打开电邮。点击“确认”。

学生学号:	就读学校:
家长/法定监护人的名:	家长/法律监护人的姓:

学生的名:	学生的姓:
住址:	家长/法定监护人电话号码:
性别: 请圈画一个- 男 女 非二元性别	学生出生日期 (出生年月日):
学生种族:	学生族裔:

我的孩子是运动员 (列出所有体育项目):

--

您是否有医疗保险? 有 没有 谢绝提供

保险信息:	保险公司名称:
保险会员ID/保单号:	保险组号:
主要被保险人的姓名:	主要被保险人出生日期 (出生年月日):

如果没有保险, 请提供您的社安号码:

我谢绝提供社安号码

--

您的孩子已经接种过几剂疫苗? <input type="checkbox"/> 没有接种 <input type="checkbox"/> 一剂 <input type="checkbox"/> 两剂	第一剂接种日期: _____ 第二剂接种日期: _____
---	----------------------------------

请注意: 这里输入的疫苗接种信息将不会在费郡公立学校学生信息系统中更新。家长/法定监护人需要直接与学生所在的学校分享学生的疫苗接种信息。请和学生的学校联系, 更新这一信息。

我, 以下签名者, 已被告知新冠病毒测试的目的、程序、可能的益处和风险, 并且我已收到本知情同意书的副本 (见附件)。我在签字前有机会提出问题, 并被告知我可以在任何时候提出其他问题。我自愿同意进行新冠病毒的测试。

我同意按照上述授权书中的描述披露我的受保护健康信息 (见附件)。

家长/法定监护人大写姓名

签名

日期