



BIỂU MẪU GHI TÊN XÉT NGHIỆM SÀNG LỌC COVID-19

Địa chỉ Email (Điện Thư) của Phụ Huynh/Giám Hộ:	Password (Mật Mã): Sẽ được thiết lập trong quá trình ghi danh và sẽ cần để đăng nhập vào cổng thông tin.
---	--

- Xác nhận địa chỉ email của quý vị - FCPS sẽ gửi một email đến địa chỉ email được cung cấp, để yêu cầu xác nhận. Xin tìm và mở email yêu cầu xác nhận này. Xin nhấp vào từ "Confirmation" (Xác Nhận).

Số ID# Học Sinh:	Tên Trường:
Tên Phụ Huynh/Giám Hộ Hợp Pháp	Họ Phụ Huynh/Giám Hộ Hợp Pháp:

Tên của Học Sinh:	Họ của Học Sinh:
Địa Chỉ:	Số Điện Thoại của Phụ Huynh/Giám hộ:
Giới Tính: Xin Khoanh Tròn Một- Nam Nữ Phi-Giới Tính	DOB (Ngày sinh) của học sinh:
Chủng Tộc của Học Sinh:	Sắc Tộc của Học Sinh:

- Con em của tôi là Vận Động Viên (xin liệt kê tất cả các môn):

--

- Quý vị có bảo hiểm sức khỏe không? Có KHÔNG TỪ CHỐI CUNG CẤP

Thông Tin Bảo Hiểm:	Tên nhà Cung Cấp Bảo Hiểm:
Số Thành Viên Bảo Hiểm (Insurance#)/Hợp đồng (Policy#):	Nhóm bảo hiểm (insurance Group#):
Tên Người Đứng Chính Bảo Hiểm:	(DOB) Ngày tháng năm sinh của Người Đứng Chính Bảo Hiểm

Nếu không có bảo hiểm, vui lòng cung cấp số an sinh xã hội:

- Tôi từ chối cung cấp Số An Sinh Xã Hội

--

Con em quý vị đã được tiêm ngừa COVID-19 bao nhiêu liều? <input type="checkbox"/> Không liều nào <input type="checkbox"/> Một <input type="checkbox"/> Hai	Ngày tiêm liều đầu tiên _____ Ngày tiêm liều thứ hai _____
---	---

Xin lưu ý: Thông tin tiêm ngừa được điền ở đây sẽ không được cập nhật trong Hệ Thống thông Tin Học Sinh của FCPS. Quý phụ huynh/giám hộ hợp pháp sẽ cần chia sẻ thông tin tiêm ngừa của học sinh trực tiếp đến nhà trường nơi con em hiện đang theo học. Xin liên lạc với nhà trường của con em để cập nhật thông tin này.

- Tôi, ký tên dưới đây, đã được thông báo về mục đích xét nghiệm COVID-19, các quy trình, các lợi ích và rủi ro có thể có, và tôi đã nhận được bản sao của biểu mẫu Đồng Thuận đã được Thông Báo này (xin xem đính kèm). Tôi đã được tạo cơ hội để nêu các thắc mắc trước khi tôi ký tên, và tôi đã được báo rằng tôi có đặt thêm các câu hỏi bất cứ lúc nào. Tôi tự nguyện đồng ý về xét nghiệm COVID-19 này.

- Tôi đồng ý về việc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi như đã được nêu trong phần cho phép ở trên (xin xem đính kèm).

Tên của Phụ Huynh hay Giám Hộ

Chữ Ký

Ngày