

Общая форма согласия на тестирование на COVID-19

Заполняется родителем или опекуном учащегося

Информация о родителе/опекуне

Имя родителя/опекуна печатными буквами:	
Номер мобильного телефона родителя/опекуна:	
Адрес электронной почты родителя/опекуна:	

Информация об учащемся

Имя учащегося:			
Домашний адрес:		Город:	
Почтовый индекс:		Округ:	
Дата рождения: (MM/DD/YYYY)		Класс:	

Согласие

Заполняя данную форму и возвращая ее в школу, я подтверждаю, что являюсь родителем или опекуном вышеуказанного учащегося и я даю согласие на то, чтобы моего ребенка тестировали на COVID-19 через предоставление самостоятельно взятого мазка со слизистой преддверия носа. Настоящее согласие действует в течение одного календарного года, если оно не отозвано в письменной форме. Тестирование на COVID-19 может быть предложено учащимся в этих случаях: (1) если у ребенка во время нахождения в школе появляются новые симптомы COVID-19; (2) если ребенок контактировал с заболевшим COVID-19 в школе, и местный отдел здравоохранения рекомендует проведение тестирования; (3) если ребенок обязан сдавать тест на COVID-19 для участия во внеурочной деятельности (применяется только в том случае, если для участия во внеурочной деятельности требуется подтверждение отрицательного теста на COVID-19); я не даю разрешения сотрудникам школы тестировать этого ребенка на COVID-19 в пределах его школы. Я понимаю, что могу дать согласие на все или некоторые виды тестирования.

Я понимаю, что тестирование на COVID-19 не является обязательным для учащегося, и что я могу отказаться от дачи согласия, и в этом случае моего ребенка не будут тестировать. Я понимаю, что мой ребенок должен оставаться дома и не идти в школу, если ему нездоровится.

Я понимаю, что Органы здравоохранения штата Орегон (Oregon Health Authority (OHA)) заказали эти тесты. Я понимаю, что ни ОНА, ни школа не выступают в качестве лечащего врача моего ребенка, и это тестирование не заменяет лечения, проводимого лечащим врачом моего ребенка, и я беру на себя полную ответственность за принятие соответствующих действий по результатам теста моего ребенка.

Я понимаю, что за мной сохраняется обязанность обращаться за медицинским советом, уходом и лечением моего ребенка к его лечащему врачу.

Я понимаю, что существует вероятность получения ложноотрицательных результатов теста на COVID-19, и что мой ребенок все еще может быть заражен COVID-19, даже если результат теста отрицательный. Я также понимаю, что если у моего ребенка тест на COVID-19 покажет положительный результат, то о результате теста будет сообщено местным органам здравоохранения, как этого требует закон.

Персональная медицинская информация не будет разглашена без письменного согласия, за исключением тех случаев, когда этого требует закон.

Согласие

- Я даю разрешение сотрудникам школы на тестирование этого учащегося на COVID-19, если новые симптомы появятся в школе.
- Я даю разрешение сотрудникам школы на тестирование этого учащегося, если он контактировал с заболевшим COVID-19 в пределах своей школы, и тестирование рекомендовано местными органами здравоохранения.
- Я даю разрешение сотрудникам школы на тестирование этого учащегося, если он обязан сдавать тест на COVID-19 для участия во внеурочной деятельности.
- Я не даю разрешения сотрудникам школы на тестирование этого учащегося на COVID-19 в пределах его школы.

Подпись родителя/опекуна _____

Дата _____