

COVID-19 소아 검사 동의서

15세 이상의 소아는 명령된 바와 같이 COVID-19에 동의할 수 있습니다.

15-18세 학생 완결	
학생 정보	
검사결과를 통지받을 것 입니다.	
학생 이름:	핸드폰 번호:
이메일 주소:	
집 주소:	시:
우편 번호:	카운티:
생년월일(월/일/년):	학년:

오레곤 보건국 후원

동의서:

이 양식을 완결하고 학교에 반환하는 것으로 2021-2022 학년도 동안에 나 스스로 COVID-19 검사를 허용한다고 동의한다는 것을 확인하는 바입니다. 3가지의 상황에서 저는 COVID-19 검사를 받을 수도 있습니다: (1) 학교에 등교하는 동안에 제 학생(들)이 COVID-19 새로운 증상이 생길 경우; (2) 제가 학교 그룹에서 COVID-19에 노출이 되었고 지역 공공 보건당국이 검사를 추천할 경우; (3) COVID-19에 대한 검사를 일 주일에 한 번씩. 무엇이든 혹은 모든 종류의 검사에 동의할 수 있다는 것을 이해합니다.

COVID-19 검사는 선택사항이며 동의해주는 것을 거절할 수 있고 그럴 경우에는 검사를 받지 않게 될 것이라는 것을 이해합니다. 몸이 편치 않으면 학교에 오지 말고 집에서 머물러야 한다는 것을 이해합니다.

제 학교를 대신하여 일을 보는 독립적인 실험실이 매주 검사를 할 것 이라는 것을 이해합니다. 독립적인 실험실에서 매주 검사가 수행되게 하기 위하여 특정한 개인정보가 프로그램을 집행하고, 프로그램을 집행하기 위해 학생이름, 생년월일, 학교 집단을 포함한 필요한 범위에서만 실험실에 소통될 필요가 있게될 것이라는 것을 이해합니다.

오레곤 보건 당국(OHA)이 주문서비스를 통하여 이런 검사가 준비되게 했다는 것을 이해합니다. OHA 혹은 학교 어디에서도 제 의료제공자로 행동하지 않으며 이 검사는 의료제공자에 의한 치료를 대체하지 않는다는 것을 이해합니다. 검사결과에 관한 적절한 행동을 취할 완전하고 전반적인 책임은 제가 갖고 이 뜻은 필요하다면 의료 서비스 제공자로부터 의료조언, 치료, 및 치료를 받거나 검사결과를 받은 후 무엇을 해야할 지 이해하는 데 도움이 필요하다면 부모 및/혹은 보호자와 말하겠다는 의미입니다.

COVID-19 소아 검사 동의서

COVID-19 에 대한 허위음성 검사결과의 가능성이 있고 제 학생(들)은 검사결과가 음성으로 나오더라도 COVID-19에 여전히 감염될 수 있다는 것을 이해합니다. COVID-19에 대한 검사결과가 양성으로 나오게 되면 그 결과는 법에 정해진 바에 의해 지역 보건 당국에 보고될 것 이라는 사항도 이해합니다. 양성으로 나오게 되면 ORS 109.650하의 제 결과는 부모 및/혹은 보호자에게 알려질 수 있습니다.

개인 건강 정보는 법에서 정해질 때를 제외하고 서면동의서 없이 양도되지 않을 것 입니다.

- 학교에서 새로운 증상들이 밝혀지면 COVID-19 에 대한 검사를 교직원이 할 수 있도록 제가 허락을 해줍니다.
- 학교집단 이내에서 COVID-19에 노출되었고 지역 공공 보건 당국에 의해 검사가 추천되었다면 교직원이 검사를 실시하도록 제가 허락을 해줍니다.
- 매주 COVID-19 검사에 참여하도록 허락을 해 줍니다.

학생 서명

날짜

다른 언어, 큰 활자, 점자 혹은 선호하는 다른 판으로 이 문서를 받아볼 수 있습니다. 코로나 바이러스 대응 및 회복 유닛 (CRRU)에 503-979-3377 혹은 이메일 CRRU@dhsosha.state.or.us 로 연락하세요. 시각 및 청각 장애인 전달 전화를 받으며 711로 다이얼 할 수 있습니다.