

COVID-19 General Consent Form

학생 부모 또는 보호자가 작성

학부모/보호자 정보(검사 결과를 알려드립니다.)

부모/보호자 성명(정자체):	
부모/보호자 휴대폰 번호:	
부모/보호자 이메일 주소:	

학생 정보

학생 이름:			
집 주소:		시:	
우편번호:		카운티:	
생년월일:(월/일/년)		학년:	

학생 이름:			
집 주소:		시:	
우편번호:		카운티:	
생년월일:(월/일/년)		학년:	

학생 이름:			
집 주소:		시:	
우편번호:		카운티:	
생년월일:(월/일/년)		학년:	

동의

이 양식을 작성하여 학교에 제출함으로써, 본인은 본인이 상기에 나열된 학생(들)의 부모 또는 보호자이며, 2023~2024년 학기 동안 짧은 비강 면봉 채취를 제공하여 본인의 학생이 COVID-19 검사를 받을 수 있도록 허용하는 데 동의합니다. COVID-19 검사는 (1) 본인의 학생(들)이 학교에 있는 동안 COVID-19의 새로운 증상이 나타나는 경우, (2) 본인의 학생(들)이 학교 그룹에서 COVID-19에 노출되었고 지역 공중 보건 부서 또는 학교가 검사를 권장하는 경우의 두 가지 상황에서 학생들을 대상으로 실시될 수 있습니다. 본인은 두 가지 검사 유형 중 하나 또는 두 가지 검사 모두에 동의할 수 있음을 이해합니다.

본인은 학생(들)에 대한 COVID-19 검사가 선택 사항이며, 본인이 동의를 거부할 수 있으며, 이런 경우 제 학생(들)이 검사를 받지 않을 것이라는 것을 이해합니다. 본인은 제 학생(들)이 몸 상태가 좋지 않을 경우 등교하지 않고 집에 머물러야 한다는 것을 이해합니다.

본인은 오리건주 보건 당국(OHA)에서 이러한 검사를 받도록 지시했음을 이해합니다. 본인은 OHA나 학교가 제 학생의 의료 서비스 제공자 역할을 하지 않으며, 이 검사가 제 학생의 의료 서비스 제공자의 치료를 대체하지 않는다는 것을 이해하며, 본인이 학생의 검사 결과에 대해

COVID-19 General Consent Form

동의

적절한 조치를 취할 완전하고 전적인 책임을 진다는 것을 이해합니다. 본인은 의료 서비스 제공자로부터 제 학생(들)을 위한 의학적 조언, 진료 및 치료를 받는 것이 여전히 본인의 책임임을 이해합니다.

본인은 COVID-19 검사 결과가 위음성일 가능성이 있으며, 검사 결과가 음성일지라도 제 학생(들)이 여전히 COVID-19에 감염될 수 있다는 것을 이해합니다.

개인 건강 정보는 법률에서 요구하는 경우를 제외하고 서면 동의 없이 공개되지 않습니다.

- 본인은 학교에서 새로운 증상이 나타날 경우 교직원이 이 학생(들)에게 COVID-19 검사를 받는 것을 요청하도록 허락합니다.
- 본인은 이 학생이 학교 코호트 내에서 COVID-19에 노출되고 지역 공중 보건 당국 또는 학교가 검사를 권장하는 경우 교직원이 이 학생을 검사할 수 있도록 허락합니다.

부모/보호자의 서명

날짜

본 문서는 다른 언어, 큰 글자, 점자 또는 다른 선호하는 형태를 무료로 제공받을 수 있습니다. 503-945-5488번 또는 이메일 feedback@odhsoha.oregon.gov로 COVID 피드백 팀에 연락하십시오. 저희는 모든 중계 통화를 허용합니다.