

# COVID-19 일반 동의 양식

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	
<p>이 양식을 작성하여 학교에 제출함으로써, 본인은 본인이 상기에 나열된 학생(들)의 부모 또는 보호자이며, 2021-2022년 학기 동안 얇은 비강 면봉 또는 타액 샘플을 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 부서에서 검사를 권장하는 경우, (3) 일주일에 한 번 COVID-19에 대한 선별 검사를 받는 세 가지 상황에서 학생들을 대상으로 실시될 수 있습니다. 본인은 일부 또는 모든 유형의 검사에 동의할 수 있음을 이해합니다.</p> <p>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.</p> <p>본인은 제 학교를 대신하는 독립 실험실이 매주 선별 검사를 실시할 것임을 이해합니다. 본인은 독립적인 실험실에서 주간 선별 검사를 실시하기 위해, 프로그램 관리 목적으로,</p>	

# COVID-19 일반 동의 양식

## 동의

그리고 학생 이름, 생년월일 및 학교 코호트를 포함하여 프로그램을 관리하는 필요한 범위까지만, 본인의 학생(들)에 관한 특정 개인 정보를 실험실에 전달해야 함을 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 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. 또한 본인은 제 학생(들)이 COVID-19에 대해 양성 반응을 보일 경우, 법적으로 요구하는 바에 따라 검사 결과가 지역 공중 보건 당국에 보고될 것임을 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 당국이 검사를 권장하는 경우 교직원이 이 학생을 검사할 수 있도록 허락합니다.
- 본인은 제 학생(들)이 COVID-19에 대한 주간 선별 검사에 참여하는 것을 허락합니다.

부모/보호자의 서명

날짜

본 문서는 다른 언어, 큰 글자, 점자 또는 다른 선호하는 형태로 제공될 수 있습니다.

코로나바이러스 대응회복과(CRRU)의 503-979-3377번으로 전화하거나

[CRRU@dhsosha.state.or.us](mailto:CRRU@dhsosha.state.or.us)로 이메일을 보내주십시오. 우리는 모든 릴레이 콜을 수락하지만 여러분은 711번으로 전화해도 됩니다.