

COVID-19 일반 동의 양식

자녀 부모 또는 보호자가 작성

학부모/보호자 정보(검사 결과를 알려드립니다.)

부모/보호자 성명(정자체):

부모/보호자 휴대폰 번호:

부모/보호자 이메일 주소:

자녀/자녀들 정보

학생 이름:

집 주소:

시:

우편번호:

카운티:

생년월일:(월/일/년)

학생 이름:

집 주소:

시:

우편번호:

카운티:

생년월일:(월/일/년)

학생 이름:

집 주소:

시:

우편번호:

카운티:

생년월일:(월/일/년)

동의

이 양식을 작성하여 제 캠프에 제출함으로써, 본인은 본인이 상기에 나열된 학생(들)의 부모 또는 보호자임을 확인하며, 캠프 기간 동안 본인의 자녀가 COVID-19 검사를 받을 수 있도록 허용하는 데 동의합니다. COVID-19 검사는 (1) 본인의 자녀가 캠프에 있는 동안 COVID-19의 새로운 증상이 나타나는 경우, (2) 본인의 자녀가 캠프 그룹에서 COVID-19에 노출되었고 지역 공중 보건 부서에서 검사를 권장하는 경우, (3) 캠프에 도착 시 선별 검사를 받는 세 가지 상황에서 캠프 참여자들을 대상으로 실시될 수 있습니다. 본인은 일부 또는 모든 유형의 검사에 동의할 수 있음을 이해합니다.

본인은 COVID-19 검사가 선택 사항이며, 본인이 동의를 거부할 수 있으며, 이런 경우 자녀가 검사를 받지 않을 것이라는 것을 이해합니다. 본인은 제 자녀가 몸 상태가 좋지 않을 경우 캠프에 가지 않고 집에 머물러야 한다는 것을 이해합니다.

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

COVID-19 일반 동의 양식

동의

적절한 조치를 취할 안전하고 전적인 책임을 진다는 것을 이해합니다. 본인은 의료 서비스 제공자로부터 자녀를 위한 의학적 조언, 진료 및 치료를 받는 것이 여전히 본인의 책임임을 이해합니다.

본인은 COVID-19 검사 결과가 위음성일 가능성이 있으며, 검사 결과가 음성일지라도 자녀가 여전히 COVID-19에 감염될 수 있다는 것을 이해합니다. 또한 본인은 자녀가 COVID-19 양성 반응을 보일 경우, 법에서 규정하는 대로 검사 결과가 지역 공중 보건 당국에 보고될 것임을 이해합니다.

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

- 본인은 캠프에서 새로운 증상이 나타날 경우 캠프 직원이 이 자녀에게 COVID-19 검사를 하도록 허락합니다.
- 본인은 이 자녀가 캠프 코호트 내에서 COVID-19에 노출되고 지역 공중 보건 당국이 검사를 권장하는 경우 캠프 직원이 이 자녀가 검사할 수 있도록 허락합니다.
- 본인은 캠프에 도착 시 캠프 직원이 이 자녀에게 COVID-19 검사를 하도록 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.us로 이메일을 보내주십시오. 저희는 모든 통신 중계 통화를 허용하며 또는 711번으로 전화하시면 이러한 서비스를 지원받으실 수 있습니다.