

청소년 거주 시설 COVID-19 검사 동의서

학생 부모 또는 보호자가 작성			
부모/보호자 정보			
검사 결과를 알려드리겠습니다.			
부모/보호자 성명(정자체):			
부모/보호자 휴대폰 번호:			
부모/보호자 이메일 주소:			
청소년 정보			
학생 이름:			
시설 이름:			
시설 주소:		시:	
우편번호:		카운티:	
생년월일: (월월/일일/년년년년)			

청소년 거주 시설 COVID-19 검사 동의서

동의

이 양식을 작성하여 이 청소년 거주 시설에 제출함으로써, 본인은 위에서 언급한 사람의 부모 또는 보호자이며, 자녀가 얇은 비강 면봉 또는 타액 샘플을 제공하여 COVID-19 검사를 받도록 허용함을 확인합니다. COVID-19 검사는 (1) 자녀가 COVID-19의 새로운 증상이 나타나는 경우, (2) 자녀가 COVID-19 감염자에게 노출된 경우, (3) 시설에 들어가거나 다시 들어갈 때 코호팅을 용이하게 하는 등 세 가지 상황에서 청소년을 대상으로 실시될 수 있습니다.

본인은 자녀에 대한 COVID-19 검사가 선택 사항이며, 본인이 동의를 거부할 수 있으며, 이런 경우 자녀가 검사를 받지 않을 것이라는 것을 이해합니다.

본인은 오리건주 보건 당국(OHA)에서 이러한 검사를 받도록 지시했음을 이해합니다. 본인은 OHA나 거주 프로그램이 자녀의 의료 서비스 제공자 역할을 하지 않으며, 본인이 자녀의 검사 결과에 대해 적절한 조치를 취할 완전하고 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 자녀에게 새로운 증상이 나타날 경우 시설 직원이 자녀에게 COVID-19 검사를 하도록 허락합니다.
- 본인은 자녀가 COVID-19에 노출되고 지역 공중 보건 당국이 검사를 권장하는 경우 시설 직원이 자녀를 검사하도록 허락합니다.
- 본인은 코호팅을 용이하게 하기 위해 자녀가 이 시설에 들어가거나 다시 들어가기 전에 COVID-19 검사를 받도록 허락합니다.

부모/보호자의 서명

날짜

청소년 거주 시설 COVID-19 검사 동의서

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. 우리는 모든 릴레이 콜을 수락하지만
여러분은 711번으로 전화해도 됩니다.