

青少年住宿设施的 COVID-19 检测同意书

由学生家长或监护人填写			
父母/监护人信息			
您将收到检测结果通知。			
父母/监护人 正楷姓名:			
父母/监护人手机号 码:			
父母/监护人 电子邮件地址:			
青少年信息			
学生姓名:			
设施名称:			
设施地址:		城市:	
邮政编码:		县郡:	
出生日期: 年/月/日			

青少年住宿设施的 COVID-19 检测同意书

同意

通过填写本表并交回给青少年住宿设施，我确认我是上述个体的父母或监护人，并且我同意通过提供浅鼻拭子或唾液样本对我的孩子进行 COVID-19 检测。在以下三种情况下，可以向青少年提供 COVID-19 检测：(1) 我的孩子出现新的 COVID-19 症状时；(2) 我的孩子接触过 COVID-19 患者时；(3) 在进入或重新进入设施以便分组安排时。

我明白，对我孩子进行 COVID-19 检测是可选的，我可以拒绝同意，在这种情况下，我的孩子将不会被检测。

我明白俄勒冈州卫生局（OHA）已下令进行这些检测。我了解 OHA 和住宿计划不是我孩子的医疗保健提供者，我承担全部责任，以对检测结果采取适当的行动。我明白，我有责任为我的孩子向其医疗机构寻求医疗建议、护理和治疗。

我明白 COVID-19 检测结果有可能出现假阴性，即使检测结果为阴性，我的孩子仍有可能感染 COVID-19。我还明白，如果我的孩子的 COVID-19 检测呈阳性，检测结果将会依法报告给当地公共卫生部门。

除非法律要求，未经书面同意，个人健康信息不会被公开。

- 我允许设施工作人员在我的孩子出现新症状时对其进行 COVID-19 检测。
- 我允许设施工作人员在我的孩子接触 COVID-19 后并且当地公共卫生当局建议进行检测时，对其进行检测。
- 我允许在我的孩子进入或重新进入设施之前对其进行 COVID-19 检测以便分组安排。

父母/监护人签名

日期

您可获取使用其他语种、大号字体、盲文或您首选格式编写的本文件。如需联系冠状病毒响应与恢复单位 (Coronavirus Response and Recovery Unit [CRRU])，请拨打电话 503-979-3377，或发送电子邮件至 CRRU@dhsosha.state.or.us。我们接受所有转接电话，或者您可以拨打 711。