

## Форма согласия на проведение теста на COVID-19

Заполняется родителем или опекуном ученика			
Сведения о родителе/опекуне			
<i>О результатах теста вы будете уведомлены письменно сразу после проведения теста.</i>			
Родитель/опекун ФИО (печатными буквами):			
Номер мобильного телефона родителя/опекуна:			
Родитель/опекун Адрес электронной почты:			
Сведения об ученике			
ФИО ученика:			
Домашний адрес:		Город:	
Индекс:		Округ:	
Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)		Класс:	
ФИО ученика:			
Домашний адрес:		Город:	
Индекс:		Округ:	
Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)		Класс:	
ФИО ученика:			
Домашний адрес:		Город:	
Индекс:		Округ:	
Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)		Класс:	

## Согласие

Заполнение этой формы и ее возврат в школу означают, что я подтверждаю, что являюсь родителем или опекуном вышеуказанных учеников и предоставляю согласие на проведение у данных учеников теста на COVID-19 посредством взятия неглубокого мазка из носа в период 2020–2021 учебного года. Проведение теста на COVID-19 может быть предложено ученикам в двух случаях: (1) если во время пребывания в школе у указанных учеников наблюдаются новые симптомы COVID-19; (2) если в школьной группе указанные ученики контактировали с заболевшими COVID-19 и местный департамент здравоохранения рекомендует провести тест. Я понимаю, что я вправе предоставить согласие на проведение теста в одном или обоих случаях.

Я понимаю, что проведение теста на COVID-19 у учеников является добровольным и что я могу отказаться предоставлять согласие; в этом случае указанные ученики не будут проходить тест. Я понимаю, что в случае плохого самочувствия указанные ученики должны оставаться дома и не посещать школу.

Я понимаю, что школа не является медицинским учреждением, обслуживающим указанных учеников, и данный тест не является заменой обращения в медицинское учреждение, обслуживающее указанных учеников; я принимаю на себя полную ответственность за осуществление соответствующих действий в связи с результатами теста указанных учеников. Я понимаю, что продолжаю нести ответственность за обращение в медицинское учреждение за медицинской помощью, уходом и лечением для указанных учеников.

Я понимаю, что существует вероятность ложноотрицательного результата теста на COVID-19 и что даже в случае отрицательного результата тестов на COVID-19 указанные ученики по-прежнему могут быть инфицированы. Также я понимаю, что в случае положительного результата тестов на COVID-19 указанных учеников сведения о результатах тестов в соответствии с требованиями законодательства будут переданы в местные органы здравоохранения.

Медицинские персональные данные не будут раскрываться без письменного согласия, если оно предусмотрено законодательством.

- Я предоставляю персоналу школы разрешение на проведение у указанных учеников теста на COVID-19 в случае появления новых симптомов во время пребывания в школе.
- Я предоставляю персоналу школы разрешение на проведение у указанных учеников теста, если в своей школьной группе они контактировали с заболевшими COVID-19 и местный департамент здравоохранения рекомендует провести тест.

ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
ШТАТА ОРЕГОН (ODHS) | ЦЕНТР ОБЩЕГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ШТАТА ОРЕГОН  
Отдел по принятию мер и лечению в случае COVID-19  
(CRRU)



Подпись родителя/опекуна	Дата

Этот документ можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочтительном для вас формате. Обратитесь в отдел по принятию мер и лечению в случае коронавируса (CRRU) по телефону 503-979-3377 или по электронной почте [CRRU@dhsosha.state.or.us](mailto:CRRU@dhsosha.state.or.us). Мы принимаем все звонки диспетчерской службы для лиц с нарушением слуха. Также можно позвонить по номеру 711.