

Форма согласия несовершеннолетнего на проведение теста на COVID-19

Для заполнения учащимся в возрасте 15–18 лет

Сведения об ученике

Вы будете уведомлены о результатах теста.

| | |
|-----------------------------|----------------------------|
| ФИО ученика: | Номер мобильного телефона: |
| Адрес электронной почты: | |
| Домашний адрес: | Город: |
| Индекс: | Округ: |
| Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): | Класс: |

Несовершеннолетний в возрасте 15 лет и старше может дать согласие на тестирование на COVID-19 согласно распоряжению

Управления здравоохранения штата Орегон в соответствии с разделом 109.640(2)(а) Свода законов штата Орегон с дополнениями и изменениями (ORS).

Согласие

Заполнение этой формы и ее возврат в школу означают, что я подтверждаю, что я предоставляю согласие на проведение у меня теста на COVID-19 в период 2021–2022 учебного года. Я могу пройти тест на COVID-19 в трех случаях: (1) если во время пребывания в школе у меня наблюдаются новые симптомы COVID-19; (2) если в школьной группе я контактировал(а) с заболевшими COVID-19 и местный департамент здравоохранения рекомендует провести тест; (3) скрининговое тестирование на COVID-19 раз в неделю. Я понимаю, что вправе предоставить согласие на проведение теста в каком-либо одном или во всех случаях.

Я понимаю, что проведение теста на COVID-19 является добровольным и что я могу отказаться предоставлять согласие; в этом случае я не буду проходить тест. Я понимаю, что в случае моего плохого самочувствия школа может потребовать от меня оставаться дома и не посещать школу.

Я понимаю, что независимая лаборатория, действующая от имени моей школы, будет проводить еженедельное скрининговое тестирование. Я понимаю, что для проведения еженедельного скринингового тестирования в независимой лаборатории в такую лабораторию должна быть передана определенная личная информация для целей администрирования программы и только в том объеме, который необходим для администрирования программы, включая мои Ф.И.О., дату рождения и школьную группу.

Я понимаю, что Управление здравоохранения штата Орегон (ОНА) предоставило доступ к этим тестам на основании постоянного распоряжения. Я понимаю, что ни ОНА, ни школа не выступают в качестве лечащего врача и что данное тестирование не заменяет лечение, проводимое лечащим врачом. Я беру на себя полную ответственность за принятие соответствующих мер в отношении результатов моего теста, то есть обращение за медицинской консультацией, уходом и лечением к лечащему врачу (при необходимости), или беседа со моим родителем и/или опекуном, если мне нужна помощь в понимании того, что делать после получения результатов моего теста.

Я понимаю, что существует вероятность ложноотрицательного результата теста на COVID-19 и что даже в случае отрицательного результата теста на COVID-19 я по-прежнему могу быть инфицирован(а). Также я понимаю, что в случае положительного результата моего теста на COVID-19 сведения о результате теста в соответствии с требованиями законодательства будут переданы в местные органы здравоохранения. Если мой тест будет положительным, мой родитель и (или) опекун могут быть проинформированы о его результатах в соответствии с разделом 109.650 Свода законов штата Орегон с дополнениями и изменениями.

Форма согласия несовершеннолетнего на проведение теста на COVID-19

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

- Я предоставляю персоналу школы разрешение на проведение у меня теста на COVID-19 в случае появления новых симптомов во время пребывания в школе.
- Я предоставляю персоналу школы разрешение на проведение у меня теста, если в своей школьной группе я контактировал(а) с заболевшими COVID-19 и местный департамент здравоохранения рекомендует провести тест.
- Я даю разрешение на участие в еженедельном скрининговом тестировании на COVID-19.

Подпись учащегося _____

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. Мы принимаем все звонки диспетчерской службы для лиц с нарушением слуха. Также можно позвонить по номеру 711.