

# Форма согласия несовершеннолетнего на проведение теста на COVID-19

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).

## 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:

### 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 2023–2024 учебного года. Я могу пройти тест на COVID-19 в двух 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 или школа 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 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 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, 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

## Согласие

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 или школа рекомендует провести тест.

Подпись учащегося

Дата

Этот документ можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочтительном для вас формате бесплатно. Свяжитесь с группой обратной связи по COVID по номеру 503-945-5488 или по электронной почте [feedback@odhsoha.oregon.gov](mailto:feedback@odhsoha.oregon.gov). Мы принимаем все звонки диспетчерской службы для лиц с нарушениями слуха.