

Общая форма согласия на проведение анализа на COVID-19

Заполняется родителем или опекуном ребенка

Информация о родителях/опекунах (Вы получите уведомление с результатами анализа.)

Имя и фамилия
родителя/опекуна печатными
буквами:

Мобильный номер
родителя/опекуна:

Адрес электронной почты
родителя/опекуна:

Информация о ребенке/детях

Имя и фамилия
учащегося:

Домашний адрес:

Город:

Почтовый индекс:

Округ:

Дата рождения:
(ММ/ДД/ГГГГ)

Имя и фамилия
учащегося:

Домашний адрес:

Город:

Почтовый индекс:

Округ:

Дата рождения:
(ММ/ДД/ГГГГ)

Имя и фамилия
учащегося:

Домашний адрес:

Город:

Почтовый индекс:

Округ:

Дата рождения:
(ММ/ДД/ГГГГ)

Согласие

Заполнением этой форм и возвращением ее в мой лагерь, я подтверждаю, что являюсь родителем или опекуном вышеуказанного (-ых) ребенка/детей, и что я даю согласие на то, чтобы мой ребенок прошел тестирование на COVID-19 в лагере. Тестирование на COVID-19 может быть предложено проживающим в лагере при трех обстоятельствах: (1) если у моего ребенка / моих детей появляются новые симптомы COVID-19 во время его/их нахождения в лагере; (2) если произойдет заражение моего ребенка / моих детей COVID-19 в лагерьной группе и местный департамент общественного здравоохранения

Общая форма согласия на проведение анализа на COVID-19

Согласие

рекомендует пройти тестирование; (3) проведение тестирования по прибытии в лагерь. Я понимаю, что могу согласиться на любой или все виды тестирования.

Я понимаю, что тестирование на COVID-19 не является обязательным, и что я могу отказаться давать согласие, и в этом случае мой ребенок не будет проходить тестирование. Я понимаю, что мой ребенок должен оставаться дома, и он не должен ехать в лагерь, если у него будет плохое самочувствие.

Я понимаю, что эти тесты проводятся по распоряжению Управления здравоохранения штата Орегон (ОНА). Я понимаю, что ни ОНА, ни лагерь не действуют в качестве поставщика медицинских услуг для моего ребенка, и этот анализ не заменяет лечение, проводимое врачом моего ребенка, и я беру на себя всю полноту ответственности за принятие соответствующих мер по результатам анализа ребенка. Я понимаю, что на мне по-прежнему лежит ответственность за обращение к врачу с целью получения консультации, ухода и лечения моего ребенка.

Я понимаю, что существует вероятность получения ложноотрицательных результатов тестирования на COVID-19, и что мой ребенок все еще может быть инфицирован COVID-19 даже в случае отрицательного результата. Я также понимаю, что если результат тестирования моего ребенка на COVID-19 окажется положительным, то результат теста будет сообщен в местные органы здравоохранения в соответствии с требованиями закона.

Персональная медицинская информация не будет разглашаться без письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных законом.

- Я даю разрешение персоналу лагеря протестировать этого ребенка на COVID-19, если в лагере появятся новые симптомы.
- Я разрешаю персоналу лагеря провести тестирование этого ребенка, если он заразится COVID-19 в своей лагерьной группе, и проведение тестирования будет рекомендовано местными органами здравоохранения.
- Я даю разрешение персоналу лагеря протестировать этого ребенка на COVID-19 по прибытии в лагерь.

Подпись родителя/опекуна

Дата

Вы можете получить этот документ на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочитаемом Вами формате. Свяжитесь с Отделом реагирования и восстановления при коронавирусной инфекции (Coronavirus Response and Recovery Unit, CRRU) по номеру телефона 503-979-3377 или по адресу электронной почты CRRU@dhsosha.state.or.us. Мы принимаем все звонки, которые на нас переводят. Кроме того, Вы можете позвонить по номеру 711.