

Форма согласия на тестирование на COVID-19 для школ-интернатов

Заполняется родителем или опекуном ребенка			
Информация о родителях/опекунах			
<i>Вы будете уведомлены о результатах теста.</i>			
Имя и фамилия родителя/опекуна печатными буквами:			
Мобильный номер родителя/опекуна:			
Адрес электронной почты родителя/опекуна:			
Информация о ребенке			
Имя и фамилия ребенка:			
Название учреждения:			
Адрес учреждения:		Город:	
Почтовый индекс:		Округ:	
Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)			

Форма согласия на тестирование на COVID-19 для школ-интернатов

Согласие

Заполняя эту форму и возвращая ее в настоящее учреждение, я подтверждаю, что являюсь родителем или опекуном вышеуказанного ребенка или вышеуказанных детей и что я даю согласие на то, чтобы мой ребенок прошел тестирование на COVID-19 путем взятия мазка из носа с помощью неглубокого ввода палочки с ватным тампоном в ноздрю или посредством предоставления образца слюны. Тестирование на COVID-19 может быть предложено ребенку в трех случаях: (1) если у моего ребенка появились новые симптомы COVID-19; (2) если мой ребенок находился в контакте с больным COVID-19; (3) при поступлении или возвращении в школу-интернат с целью облегчения распределения детей по группам.

Я понимаю, что тестирование моего ребенка 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 эти тесты проводятся по распоряжению Управления здравоохранения штата Орегон (ОНА). Я понимаю, что ОНА и программа проживания не действуют в качестве поставщика медицинских услуг для моего ребенка, и я беру на себя полную и всеобъемлющую ответственность за принятие соответствующих мер в отношении результатов теста. 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 учреждения протестировать моего ребенка на COVID-19, если появятся новые симптомы.
- Я разрешаю школьному персоналу протестировать моего ребенка, если он войдет в контакт с больными COVID-19, и проведение тестирования будет рекомендовано местными органами здравоохранения.
- Я даю разрешение на тестирование моего ребенка на COVID-19 перед прибытием или возвращением в школу для облегчения распределения детей по группам.

Подпись родителя/опекуна

Дата

Форма согласия на тестирование на COVID-19 для школ-интернатов

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 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.