

COVID-19 General Consent Form

Заполняется родителем или опекуном учащегося

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 об учащемся

Имя и фамилия учащегося:			
Домашний адрес:		Город:	
Почтовый индекс:		Округ:	
Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)		Класс:	

Имя и фамилия учащегося:			
Домашний адрес:		Город:	
Почтовый индекс:		Округ:	
Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)		Класс:	

Имя и фамилия учащегося:			
Домашний адрес:		Город:	
Почтовый индекс:		Округ:	
Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)		Класс:	

Согласие

Заполнением этой формы и возвращением ее в мою школу я подтверждаю, что являюсь родителем или опекуном вышеперечисленного (-ых) учащегося (-ихся), и что я даю согласие на то, чтобы мой учащийся прошел тестирование на COVID-19 в течение академического учебного года в 2024–2025 гг. путем взятия мазка из носа с помощью неглубокого ввода палочки с ватным тампоном в ноздрю. Тестирование на COVID-19 может быть предложено учащимся при двух обстоятельствах: (1) если у моего/моих учащегося (-ихся) появляются новые симптомы COVID-19 во время его/их нахождения в школе; (2) если произойдет заражение моего/моих учащегося (-ихся) COVID-19 в школьной группе и местный департамент общественного здравоохранения или школа рекомендует пройти тестирование. Я понимаю,

COVID-19 General Consent Form

Согласие

что могу согласиться на любой из двух или оба вида тестирования.

Я понимаю, что тестирование на COVID-19 для учащегося (-ихся) является необязательным, и что я могу отказаться давать согласие, и в этом случае мой/мои учащийся (-иеся) не будут проходить тестирование. Я понимаю, что мой/мои учащийся(-иеся) должен (-ны) оставаться дома, и он/они не должен (-ны) ходить в школу, если у него/них будет плохое самочувствие.

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

Я понимаю, что есть вероятность получения ложноотрицательных результатов анализа на COVID-19 и что мой/мои учащийся (-иеся) все еще может (-гут) быть инфицирован (-ы) COVID-19, даже если результат анализа отрицательный.

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

- Я предоставляю сотрудникам школы разрешение на проведение тестирования этого/этих учащегося (-ихся) на предмет заражения COVID-19, если новые симптомы появятся в школе.
- Я предоставляю сотрудникам школы разрешение на проведение тестирования этого/этих учащегося (-ихся), если он/они заразится (-ятся) COVID-19 в своей школьной группе, и проведение тестирования будет рекомендовано местными органами здравоохранения или школой.

Подпись родителя/опекуна _____

Дата _____

Мы готовы бесплатно предоставить вам этот документ в переводе на другие языки, в варианте для слабовидящих (крупным шрифтом или шрифтом Брайля) или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с группой обратной связи по коронавирусному заболеванию по телефону 503-945-5488 или по адресу электронной почты feedback@odhsoha.oregon.gov. Мы работаем со всеми службами коммутируемых сообщений.