

# Общая форма согласия на проведение анализа на COVID-19

## 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 форм 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 2022–2023 гг., 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 ученикам при трех обстоятельствах: (1) если у моего/моих учащегося (-ихся) появляются новые

# Общая форма согласия на проведение анализа на COVID-19

## Согласие

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 рекомендует пройти тестирование; (3) проведение скринингового анализа на COVID-19 раз в неделю. Я понимаю, что могу согласиться на любой или все виды тестирования.

Я понимаю, что анализ 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 мои ученики должны оставаться дома, и они не должны ходить в школу, если у них будет плохое самочувствие.

Я понимаю, что независимая лаборатория, действующая от имени моей школы, будет проводить еженедельный скрининговый анализ. Я понимаю, что для проведения еженедельного скринингового анализа в независимой лаборатории, определенная персональная информация о моем/моих учащемся (-ихся) должна быть передана в лабораторию для целей реализации программы, и эта информация будет передаваться только в той мере, в какой это необходимо для реализации программы. Эта информация включает имя и фамилию учащегося, дату рождения и номер школьной группы.

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 могут быть инфицированы COVID-19, даже если результат анализа отрицательный. Я также понимаю, что если у моего/моих учащегося (-ихся) будет положительный результат на COVID-19, то результат анализа будет сообщен в местные органы здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства..

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

- Я разрешаю сотрудникам школы обследовать этого ученика на предмет заражения COVID-19, если новые симптомы появятся в школе.
- Я разрешаю школьному персоналу провести тестирование этого/этих учащегося (-ихся), если он/они заразится (-ятся) COVID-19 в своей школьной группе, и проведение тестирования будет рекомендовано местными органами здравоохранения.
- Я разрешаю своим ученикам участвовать в еженедельных скрининговых анализах на COVID-19.

Подпись родителя/опекуна

Дата

# Общая форма согласия на проведение анализа на COVID-19

## Согласие

iOS: Наведите камеру на QR-код и перейдите на веб-сайт.



([https://bit.ly/REALD\\_k-12](https://bit.ly/REALD_k-12))

Android: Наведите камеру на QR-код и перейдите на веб-сайт или воспользуйтесь сканером приложения Google Lens.

Пожалуйста, от имени Вашего ребенка, указанного в данной форме согласия, помогите нам, заполнив опросник «Расовая, этническая принадлежность, знание языка и инвалидность» (Race, Ethnicity, Language and Disability, REALD). Ваши ответы помогут нам больше узнать о распространении COVID-19 в наших сообществах, а также лучше финансировать и обслуживать сообщества, наиболее пострадавшие от COVID-19.

Этот инструмент помогает сделать удобным процесс ответа на вопросы опросника REALD, и мы хотим, чтобы каждый чувствовал себя в безопасности, отвечая на вопросы REALD. Ваша информация является строго конфиденциальной, и будет рассматриваться как конфиденциальная запись в медицинской документации. Передача Ваших данных REALD не повлияет на какие-либо льготы, получаемые Вами от штата, например, на пособие по программе льготной покупки продуктов питания (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) или план Oregon Health Plan/программу CAWEM. Вы можете узнать больше о REALD на веб-сайте <https://bit.ly/realdfacts>

Вы сами решаете, будете ли Вы отвечать на вопросы REALD. Ваш ребенок все равно будет проходить тестирование, даже если Вы решите не отвечать на эти вопросы. Для вопросов, на которые Вы не хотите отвечать, Вы можете выбрать «Не хочу отвечать». ОНА надеется, что Вы ответите на эти вопросы, чтобы можно было лучше обслуживать Вас и всех жителей штата Орегон.

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](mailto:CRRU@dhsosha.state.or.us). Мы принимаем все звонки, которые на нас переводят. Кроме того, Вы можете позвонить по номеру 711.