

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 2022–2023 учебного года. Я могу пройти тест на COVID-19 в трех 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 рекомендует провести тест; (3) скрининговое тестирование на COVID-19 раз в неделю.

Я понимаю, что вправе предоставить согласие на проведение теста в каком-либо одном или во всех

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 независимая лаборатория, действующая от имени моей школы, будет проводить еженедельное скрининговое тестирование. Я понимаю, что для проведения еженедельного скринингового тестирования в независимой лаборатории в такую лабораторию должна быть передана определенная личная информация для целей администрирования программы и только в том объеме, который необходим для администрирования программы, включая мои Ф.И.О., дату рождения и школьную группу.

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 в случае положительного результата моего теста на COVID-19 сведения о результате теста в соответствии с требованиями законодательства будут переданы в местные органы здравоохранения. 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

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 рекомендует провести тест.
- Я даю разрешение на участие в еженедельном скрининговом тестировании на COVID-19.

Подпись учащегося

Дата

iOS: Наведите камеру на QR-код и нажмите на адрес веб-сайта.



<https://bit.ly/REALD k-12>

Android: Наведите камеру на QR-код и нажмите на адрес веб-сайта или используйте приложение для сканирования Google Lens App Scanner.

Помогите нам — пройдите опрос о расовой, этнической принадлежности, языке и нетрудоспособности (REALD). Ваши ответы помогут нам узнать больше о распространении COVID-19 в наших сообществах и за счет этого лучше финансировать и поддерживать те сообщества, на которые COVID-19 повлиял наиболее сильно.

Этот инструмент облегчает ответы на вопросы REALD, и мы хотим, чтобы каждый чувствовал себя в безопасности, отвечая на эти вопросы. Полученная от вас информация является строго конфиденциальной и будет считаться конфиденциальным показателем здоровья населения. Полученные от вас данные из опроса REALD не повлияют на пособия/льготы, которые вы получаете от штата, например в рамках программ SNAP или Программы медицинского страхования в штате Орегон/CAWEM. Дополнительную информацию о программе REALD см. на веб-сайте <https://bit.ly/realdfacts>

Решайте сами, отвечать ли на вопросы REALD. Даже если вы решите не отвечать на вопросы, ваш ребенок по-прежнему будет проходить тестирование. Можно выбрать вариант ответа «Не хочу отвечать» для тех вопросов, на которые вы не хотите отвечать. Департамент ОНА надеется, что вы ответите на эти вопросы, чтобы дать ему возможность лучше поддерживать вас и других жителей штата Орегон.

Этот документ можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочтительном для вас формате. Обратитесь в отдел по принятию мер и лечению в случае коронавируса (CRRU) по телефону 503-979-3377 или по электронной почте CRRU@dhsosha.state.or.us. Мы принимаем все звонки диспетчерской службы для лиц с нарушением слуха. Также можно позвонить по номеру 711.