

# Общая форма согласия на проведение анализа на COVID-19

Заполняется родителем или опекуном учащегося			
<b>Информация о родителях/опекунах</b> <i>(Вы получите уведомление с результатами анализа.)</i>			
Имя и фамилия родителя/опекуна печатными буквами:			
Мобильный номер родителя/опекуна:			
Адрес электронной почты родителя/опекуна:			
<b>Информация об учащемся</b>			
Имя и фамилия учащегося:			
Домашний адрес:		Город:	
Почтовый индекс:		Округ:	
Дата рождения: <i>(ММ/ДД/ГГГГ)</i>		Класс:	
Имя и фамилия учащегося:			
Домашний адрес:		Город:	
Почтовый индекс:		Округ:	
Дата рождения: <i>(ММ/ДД/ГГГГ)</i>		Класс:	
Имя и фамилия учащегося:			
Домашний адрес:		Город:	
Почтовый индекс:		Округ:	
Дата рождения: <i>(ММ/ДД/ГГГГ)</i>		Класс:	

Согласие
<p>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 2021–2022 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</p>

# 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 личная информация о моем/моих учащемся (-ихся) должна быть передана в лабораторию для целей администрирования программы, и эта информация будет передаваться только в той мере, в какой это необходимо для администрирования программы. Эта информация включает имя и фамилию учащегося, дату рождения и школьную номер класса.

Я понимаю, что эти материал для этих анализов были заказаны Управлением 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 лечением 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 анализ отрицательный. Я также понимаю, что если у моего/моих учащегося (-ихся) будет положительный результат на COVID-19, то результат анализ 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 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

---

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](mailto:CRRU@dhsosha.state.or.us). Мы принимаем все звонки, которые на нас переводят; кроме того, вы можете звонить по номеру 711.