

## COVID-19 테스트 동의서

학생 부모님 또는 보호자께서 작성해야 합니다.

### 학부모/보호자 정보

검사시 서면으로 검사 결과를 알려드립니다.

학부모/보호자 이름(프린트체):			
학부모/보호자 휴대 전화번호:			
학부모/보호자 이메일 주소:			
<b>학생 정보</b>			
학생 이름:			
집 주소:		시:	
우편번호:		카운티:	
생년월일: (월/일/연도)		학년:	
학생 이름:			
집 주소:		시:	
우편번호:		카운티:	
생년월일: (월/일/연도)		학년:	
학생 이름:			
집 주소:		시:	
우편번호:		카운티:	
생년월일: (월/일/연도)		학년:	

## 동의 내용

이 양식을 작성해 학교에 제출함으로써, 저는 위에 나열된 학생의 부모 또는 보호자임을 확인하며, 2020-2021 학년도에, 제 아동에게 코에 면봉을 얇게 사용하는 방법의 COVID-19 테스트 허락에 동의합니다. COVID-19 테스트는 두 가지 상황에서 학생들에게 제공될 수 있습니다. (1) 제 학생(들)이 학교에 있는 동안 새로운 COVID-19 증상이 나타나는 경우; (2) 제 학생(들)이 학교 그룹에서 COVID-19에 노출되어 지역 공중 보건 부서에서 테스트를 권장하는 경우. 저는 하나 또는 두 가지 유형 테스트에 동의할 수 있음을 이해합니다.

저는 학생(들)에 대한 COVID-19 테스트가 선택 사항으로, 동의 거부를 할 수 있으며 이 경우 제 학생(들)은 테스트를 받지 않음을 이해합니다. 저는 제 학생이 몸이 안 좋으면 학교에서 와 집에 있어야만 한다는 것을 이해합니다.

저는 학교가 제 학생의 의료 제공자 역할을 하지 않는다는 것을 이해하며, 이 테스트가 제 학생의 의료 제공자 치료를 대체하지 않으며, 학생의 테스트 결과와 관련하여 적절한 조치를 취할 완전하고 전적인 책임을 집니다. 저는 제 학생(들)을 위한 의학적 조언, 관리 및 치료를 제 의료 서비스 제공자로부터 받도록 하는 것이 제 책임임을 이해합니다.

저는 거짓 음성 COVID-19 테스트 결과가 있을 가능성이 있으며 테스트 결과가 음성인 경우라도 제 학생이 여전히 COVID-19에 감염돼 있을 수 있음을 이해합니다. 또한 제 학생이 COVID-19에 양성 반응을 보인 경우, 법에서 요구하는 바에 따라 테스트 결과가 지역 공중 보건 당국에 보고되는 것을 이해합니다.

개인 건강 정보는 법률에 의해 요구되는 경우를 제외하고는 서면 동의 없이 공개되지 않습니다.

- 저는 학교에서 새로운 증상이 나타나면 학교 직원이 이 학생(들)에 대해 COVID-19 테스트하는 것을 허락합니다.
- 저는 제 학생(들)이 학교 코호트 내에서 COVID-19에 노출되어 지역 공중 보건 당국에서 이들을 테스트할 것을 권장할 경우 학교 직원이 이 학생(들)을 테스트하는 것을 허락합니다.

\_\_\_\_\_  
학부모/보호자 서명

\_\_\_\_\_  
날짜