



Согласие на проведение теста COVID-19

Заполняется родителем или опекуном учащегося

Информация о родителях / опекунах

Вы получите письменное уведомление с результатами тестирования.

Имя Родителя/опекуна:			
Телефон Родителя/опекуна:			
Емейл Родителя/опекуна:			
Информация об учащемся			
Имя учащегося:			
Домашний адрес:		Город:	
Индекс / ZIP:		Округ:	
Дата Рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)		Класс:	
Имя учащегося:			
Домашний адрес:		Город:	
Индекс / ZIP:		Округ:	
Дата Рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)		Класс:	
Имя учащегося:			
Домашний адрес:		Город:	
Индекс / ZIP:		Округ:	
Дата Рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)		Класс:	

Соглашение

Заполняя эту форму и предоставляя её в школу, я подтверждаю, что являюсь родителем или опекуном учащихся, перечисленных выше, и что я даю разрешение в течение 2020-2021 учебного года тестировать моего ребёнка (моих детей) на COVID-19 с помощью мазка из носа. Тестирование на COVID-19 может быть предложено учащимся при двух обстоятельствах: (1) если у ребёнка появляются новые симптомы COVID-19 во время занятий в школе; (2) если ребёнок контактировал в школе с больным COVID-19, и местный департамент общественного здравоохранения рекомендует пройти тестирование. Я понимаю, что могу согласиться на один или оба типа тестирования.

Я понимаю, что тестирование на COVID-19 для школьников является необязательным, и что я могу отказаться давать разрешение, и в этом случае мой ребёнок (мои дети) не будут проходить тестирование. Я понимаю, что мои дети должны оставаться дома и не ходить в школу, если плохо себя чувствуют.

Я понимаю, что школа не выступает в качестве лечащего врача моего ребёнка, это тестирование не заменяет лечение, проводимое врачом ребёнка, и я беру на себя полную ответственность за принятие соответствующих мер в отношении результатов теста ученика. Я понимаю, что по-прежнему обязан обращаться за консультацией, уходом и лечением моих детей к их поставщику медицинских услуг (врачу).

Я понимаю, что существует вероятность получения ложноотрицательных результатов теста на COVID-19, и что ребёнок может быть инфицирован COVID-19, даже если результат теста отрицательный. Я также понимаю, что, если у моего ребёнка положительный результат на COVID-19, результат теста будет сообщён в местные органы здравоохранения в соответствии с требованиями закона.

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

- Я разрешаю школьному персоналу проверить моего ребёнка (детей) на COVID-19, если у него /неё появятся новые симптомы в школе.
- Я разрешаю школьному персоналу тестировать моих детей, если они контактировали с больными COVID-19 в своей школьной группе, и тестирование рекомендовано местными органами здравоохранения.

Подпись родителя/опекуна

Дата