

新冠检测同意书

受检人员（学生或员工姓名）：
学生/员工出生日期：
年级：
学校：
家长/监护人正楷姓名（若学生为未成年人）：
电子邮件：
家庭地址：
电话号码：
上表所列学生/员工在过去 90 天中是否曾确诊新冠肺炎？ <input type="checkbox"/> 是（注：过去 90 天中新冠检测曾为阳性的人员不应参加 PCR 检测） <input type="checkbox"/> 否

请仔细阅读以下知情同意书内容并签署新冠检测同意书。每位受检人员在接受检测前都必须阅读并签署此表格。若受检人为未成年人（不满 18 岁），则其家长或法定监护人必须在该未成年人接受检测之前阅读、签署并交回本表格。

1. 我授权上述人员（我的未成年人学生或我本人）接受学校的新冠检测，包括由学校或其他适当的指定人员于在校上课期间收集样本并进行本同意书中所述的检测。
2. 我知悉该新冠检测将通过 ([1]) 由 Atlas Genomics 有限责任公司或其他签约实验室进行的单独或汇集样本 PCR 检测； ([2]) 由另一合作实验室进行的单独快速抗原检测或 LAMP 检测，或 ([3]) 基于经华盛顿州公共卫生部授权且具备相似准确性的另一技术手段进行的检测。
3. 我知悉抗原、PCR 或 LAMP 检测均需通过将鼻拭子浅插进每位受检人员的鼻腔中（包括通过自行采集的方式）来采集样本，并且如按指导进行样本采集，在插入拭子时会有感到不适的潜在风险。受检人员可以选择按照指导自行采集样本，或当有检测人员在场时也可向其请求帮助。任何不适刺激都应很快消退。您可通过访问 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/testing/How-To-Collect-Anterior-Nasal-Specimen-for-COVID-19.pdf> 获得更多相关技术信息。
4. 我知悉检测人员都已接受如何按照所有适用的安全指南正确进行检测的相关培训。通过填写并提交此表格，我确认我有权代表受检人员递交此同意书。此外，我还同意检测人员、进行检测的实验室（Atlas Genomics 或其他选定实验室）、西雅图公立学校以及此类相关方的受托人、官员、员工、管理人员、组织发起方或其他人员将不会对任何人在接受检测中可能发生的任何意外或伤害负责。
5. 我知悉我将收到对我的学生（若我为员工或非未成年学生，则我本人）进行的任何单独诊断检测的结果通知，包括在汇集样本检测结果为阳性时进行的后续检测。
6. 我知悉参与者能否接受检测受到检测用品供应情况的限制。
7. 我知悉实验室或其他进行检测的实体并非任何受检人员的医疗服务提供方，并且检测并不能取代医疗服务提供方的治疗。我会承担在收到检测结果后采取适当行动的全部及所有责任，包括如果我有问题或疑虑、如果出现新冠症状，或如果任何受检人员的健康情况恶化，则有向医疗服务提供方或其他医疗保健实体寻求医疗建议、护理和治疗的责任。
8. 我知悉如任何医学检测一样，新冠检测可能出现假阳性或假阴性结果。由于可能出现假阴性结果，我了解每位受检人员均仍需继续遵守所有新冠安全指引，包括佩戴口罩和保持社交距离。如观察到出现了任何可能感染新冠肺炎的症状，则还需遵守学校的隔离和检测规定。如需更多信息，请您访问 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>。
9. 我知悉我有责任（为我本人或我的学生）将阳性检测结果告知我的医疗保健提供方，且不会为您将检测结果的副本发送给任何医疗保健提供方。
10. 我知悉大多数情况下抗原检测可在 15-30 分钟内得到结果，LAMP 检测结果需要约 1 小时，而 PCR 检测则需 24-72 小时才能获得结果，但不同情况下所需时间也会存在差异。
11. 我知悉并同意新冠检测结果呈阳性则意味着需要居家观察、远离学校、自我隔离，并需按照学校或公共卫生部门的指导继续佩戴口罩或面罩，以防传染他人。
12. 我已被告知此次检测的目的、流程和潜在风险及收益。在进行新冠检测之前，我还将有机会提问。我知悉如果我不希望继续进行新冠检测，我可以代表我的学生或我自己拒绝检测。

13. 我知悉我可以随时取消本授权，但该取消行为仅适用于未来的检测，且不会对我已授权发放的信息产生影响。如需取消本授权，我需要以书面形式联系我的学校。除非我以书面形式取消此授权，否则在那之前本授权一直有效。
14. 我知悉为保障公共卫生安全、控制新冠传播，可能会在未经我个人授权的情况下分享检测结果。
15. 我知悉检测结果将向适当的公共卫生机构、州立公共教育厅厅长、受检人员就读或所属的学校/组织、检测方和实验室披露，或以其他法律允许或要求的方式进行披露。
16. 我知悉接受检测时可能需要学校向检测提供方披露学校记录中的个人身份信息、人口统计信息和联系方式。根据《家庭教育权和隐私权法案》（“FERPA”）34号联邦法条（CFR）99.30段，我授权学校披露我的学生（或如为学校员工，则我本人）接受检测所需的此类信息。
17. 我知悉后续诊断检测可能需要接受检测的人员提交受保护健康信息（PHI）及其他个人身份信息。在适用情况下，根据45号联邦法条（CFR）164.524（c）（3）段，我授权并指示检测提供方将此类信息传输给我学生的所属学校、华盛顿州卫生厅，以及Atlas Genomics有限责任公司或其他合作实验室。此外，我还了解此类个人身份信息可能会向卫生及公共服务部或适用法律授权的任何其他方披露。
18. 我知悉如果我是年满18岁或以上的学生，或拥有自行签署医疗保健同意书的其他法律授权，则“我的学生”指我自己且我可以代表我自己签署此表格。

授权/同意进行新冠检测

- 我已阅读上述检测项目的相关信息、检测中需要采集的样本，以及检测可能存在的风险，并且我自愿同意我的未成年学生接受检测。我知悉如果向我的学生所属的学校/组织提交书面申请，则也可能向我提供这些信息。我授权上述未成年学生接受2021-22学年新冠检测。

家长/监护人签名

日期

- 我已阅读上述检测项目的相关信息、检测中需要采集的样本，以及检测可能存在的风险，并且我自愿同意接受检测。我知悉如果向我所属的学校/组织提交书面申请，则也可能向我提供这些信息。我同意接受2021-22学年新冠检测。

学生（18岁或以上）或员工签名

日期