

## కోవిడ్-19 పరీక్షకు సమ్మతి పత్రము

పరీక్ష చేయించుకునే వ్యక్తి (విద్యార్థి లేదా ఉద్యోగి పేరు):
విద్యార్థి/ఉద్యోగి పుట్టిన తేదీ:
తరగతి:
స్కూల్:
తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకుని ముద్రిత పేరు(లు)(విద్యార్థి మైనర్ అయితే):
ఇమెయిల్ అడ్రస్:
ఇంటి చిరునామా:
ఫోన్ నంబర్:
పైన పేర్కొన్న విద్యార్థి లేదా ఉద్యోగికి గత 90 రోజుల్లో కోవిడ్-19 రోగనిర్ధారణ జరిగిందా? <input type="checkbox"/> అవును (గమనిక: గత 90 రోజుల్లో కోవిడ్-19 పరీక్షలో పాజిటివ్గా తేలిన వారు పిసిఆర్ పరీక్షలో <u>పాల్గొనకూడదు</u> ) <input type="checkbox"/> లేదు

దయచేసి క్రింది అవగాహనపూర్వక సమ్మతి నోటీసును జాగ్రత్తగా చదివి, కోవిడ్-19 పరీక్ష చేయించుకోవడానికి అనుమతి సంతకం చేయండి. ఈ పరీక్షలో పాల్గొంటున్న ప్రతి ఒక్కరు, పరీక్ష చేయించుకోవడానికి ముందు తప్పనిసరిగా ఈ పత్రాన్ని చదివి సంతకం చేయాలి. పరీక్ష చేయించుకుంటున్నది మైనర్ (18 సంవత్సరాల లోపు వారైతే) అయితే, పరీక్షకు ముందు మైనర్ తరుపున తల్లిదండ్రులు లేదా చట్టరీత్యా సంరక్షకులు తప్పనిసరిగా ఈ పత్రాన్ని చదివి సంతకం చేయాలి.

1. స్కూల్ సమయంలో, స్కూల్ వారు లేదా తగిన ఇతర నియమిత సిబ్బంది నమూనాల సేకరణ కోసం నిర్వహించే స్కూల్ కోవిడ్-19 పరీక్షల కార్యక్రమంలో పాల్గొనడానికి మరియు ఈ సమ్మతి పత్రంలో వివరించిన పరీక్షలు చేయించుకోవడానికి నేను పైన పేర్కొన్న వ్యక్తికి (నా మైనర్ విద్యార్థి లేదా నేను) అధికారం ఇస్తున్నాను.
2. ఈ కోవిడ్-19 పరీక్షలను దిగువ పద్ధతుల ద్వారా నిర్వహిస్తారని నేను అర్థం చేసుకుంటున్నాను: (i) విడిగా లేదా సామూహికంగా నిర్వహించే PCR పరీక్ష; (ii) విడిగా నిర్వహించే ర్యాపిడ్ యాంటిజెన్ పరీక్ష లేదా LAMP పరీక్ష, లేదా (iii) వాపింగ్స్ స్ట్రీట్ డిపార్ట్మెంట్ ఆఫ్ పబ్లిక్ హెల్త్ అధీకృతం చేసిన పై పద్ధతులతో సమానమైన ఖచ్చితత్వంతో కూడిన మరొక సాంకేతికత.
3. యాంటిజెన్, PCR లేదా LAMP పరీక్షలకు, పరీక్ష చేయించుకునే వారి నాసికా రంధ్రాలలోనికి (స్వీయ-సేకరణ సందర్భాలలో కూడా) నాజల్ స్వాబ్ను దూర్చి నమూనాను సేకరిస్తారు. సూచించిన ప్రకారం ఈ పరీక్షను నిర్వహించినప్పుడు తలెత్తే అవకాశమున్న ప్రమాదాలలో స్వాబ్ను దూర్చడం ద్వారా పొందే అసౌకర్యం ఉండవచ్చు. పాల్గొనేవారు సూచనలను అనుసరించి వారి నమూనా(ల)ను స్వయంగా సేకరించే వెసులుబాటును కలిగి ఉండటంతో పాటు అందుబాటులో ఉంటే, కేంద్రం వద్ద ఉండే పరీక్షల నిర్వాహకుని సహాయాన్ని అభ్యర్థించవచ్చు. ఏదైనా రేపుడల కలిగితే, అది స్వల్ప కాలంపాటు మాత్రమే ఉండవచ్చని ఆశించబడింది. ఈ విధానం గురించిన మరింత సమాచారాన్ని <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/testing/How-To-Collect-Anterior-Nasal-Specimen-for-COVID-19.pdf> లింక్ వద్ద కనుగొనవచ్చు.
4. పరీక్షను నిర్వహించే సిబ్బంది, వర్తించే అన్ని భద్రతా మార్గదర్శకాలను పాటిస్తూ పరీక్షను సరియైన విధానంలో నిర్వహించడంలో సుశిక్షితులని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. ఈ ఫారమ్ను నింపి, సమర్పించడం ద్వారా, పరీక్ష చేయించుకునే వ్యక్తి తరపున ఈ సమ్మతిని అందించడానికి నాకు అధికారం ఉందని నేను ధృవీకరిస్తున్నాను. పరీక్ష నిర్వాహకులు, పరీక్షను నిర్వహించే ప్రయోగశాల, స్కూల్ డిస్ట్రిక్ట్ మరియు ట్రస్టీలు, అధికారులు, ఉద్యోగులు, మేనేజర్లు, సంస్థ స్పాన్సర్లు లేదా అటువంటి పార్టీలకు చెందిన ఇతర సిబ్బంది ఈ పరీక్షా కార్యక్రమంలో పాల్గొనడం ద్వారా ఎవరైనా వ్యక్తికి జరిగే ఏదైనా ప్రమాదం లేదా గాయాలకు బాధ్యత వహించరని కూడా నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

5. కోవిడ్-19 కోసం నా విద్యార్థి నమూనాలపై నిర్వహించే ఏదైనా రోగ నిర్ధారణ పరీక్షా ఫలితాలను మరియు సామూహిక పరీక్షలలో పాజిటివ్ ఫలితం వచ్చిన నేపథ్యంలో అనుసరణ పరీక్షలు నిర్వహించిన సందర్భంలో, ఆ ఫలితాలను కూడా నాకు తెలియజేస్తారని నేను అర్థం చేసుకుంటున్నాను.
6. పరీక్ష సామగ్రి లభ్యతపై ఆధారపడి పరీక్షలు చేయించుకునేవారు పరీక్షలు అందుకుంటారని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
7. పరీక్షను నిర్వహించే ప్రయోగశాల లేదా ఇతర సంస్థ పరీక్ష చేయించుకునే వారికి వైద్య ప్రదాతగా వ్యవహరించడం లేదని, మరియు వైద్య ప్రదాత నుండి అందుకునే చికిత్సకు, పరీక్ష చేయించుకోవడం అనేది ప్రత్యామ్నాయం కాదని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. పరీక్ష ఫలితాలు అందిన తర్వాత, వైద్య ప్రదాత లేదా ఇతర ఆరోగ్య సంరక్షణ సంస్థ నుండి వైద్య సలహాలు, సంరక్షణ మరియు చికిత్సను కోరడంతో సహా, నాకేవైనా ప్రశ్నలు లేదా ఆందోళనలు తలెత్తినా, నాలో కోవిడ్-19 లక్షణాలు వృద్ధి చెందినా, పరీక్ష చేయించుకున్న వారిలో ఎవరి పరిస్థితినా క్షీణించినా అందుకు తగిన చర్యలు తీసుకోవడంలో పూర్తి బాధ్యత నాదేనని నేను అభిప్రాయపడుతున్నాను.
8. అన్ని వైద్య పరీక్షల విషయంలో జరిగే విధంగానే, ఈ కోవిడ్-19 పరీక్షలలో కూడా తప్పుడు పాజిటివ్ లేదా తప్పుడు నెగెటివ్ ఫలితాలు వచ్చే అవకాశం ఉందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. తప్పుడు నెగెటివ్ ఫలితం వచ్చే అవకాశం ఉన్నందున, పరీక్ష చేయించుకునే వారందరూ మాస్క్ ధరించడం మరియు సామాజిక దూరం పాటించడంతో సహా కోవిడ్-19 యొక్క అన్ని భద్రతా మార్గదర్శకాలను అనుసరించడం కొనసాగించాలని మరియు కోవిడ్-19 సంక్రమణం యొక్క సంకేత లక్షణాలు గమనిస్తే ఐసోలేట్ కావడంలో మరియు పరీక్షలు చేయించుకోవడంలో స్కూల్ ప్రోటోకాల్ లను అనుసరించాలని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. మరింత సమాచారాన్ని ఇక్కడ కనుగొనవచ్చు: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
9. పరీక్ష ఫలితం పాజిటివ్ గా వస్తే ఆ విషయాన్ని నా ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రదాతకి (నాకు లేదా నా విద్యార్థికి) తెలియజేయడం నా బాధ్యత అని, మరియు నా పరీక్ష ఫలితం యొక్క కాపీని రోగ్య సంరక్షణ ప్రదాతలెవరికీ పంపించరని అర్థం చేసుకున్నాను.
10. ఎక్కువ సందర్భాలలో, యాంటిజెన్ పరీక్ష ఫలితం 15-30 నిమిషాల్లో, LAMP పరీక్ష ఫలితం సుమారు 1 గంటలో అందుబాటులోనికి వస్తుందని మరియు PCR పరీక్ష ఫలితాలు దాదాపు 24-72 గంటల్లో అందుబాటులోనికి వస్తాయని నేను అర్థం చేసుకున్నాను, అయితే పరిస్థితిని బట్టి ఈ వ్యవధులు మారవచ్చు.
11. కోవిడ్-19 పరీక్ష ఫలితం పాజిటివ్ వస్తే, నేను స్కూల్ కి వెళ్ళకుండా ఇంట్లోనే ఉండటానికి, స్వీయ-ఐసోలేషన్ పాటించడానికి మరియు ఇతరులకు సోకకుండా స్కూల్ లేదా ప్రజారోగ్య అధికారులు సూచించిన విధంగా మాస్క్ లేదా ఫేస్ కవరింగ్ ధరించడాన్ని కొనసాగించడానికి సూచన అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను మరియు అంగీకరిస్తున్నాను.
12. పరీక్ష ఉద్దేశం, అందులోని ప్రక్రియలు, సంభావ్య ప్రమాదాలు మరియు ప్రయోజనాల గురించి నాకు తెలియజేశారు. కోవిడ్-19 పరీక్షకు కొనసాగడానికి ముందు ప్రశ్నలు అడగటానికి నాకు అవకాశం ఉంటుంది. కోవిడ్-19 పరీక్షకు కొనసాగటం నాకిష్టం లేకపోతే, నా విద్యార్థి తరపున లేదా నేనే స్వయంగా పరీక్షను తిరస్కరించవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
13. నేను ఈ అధికారాన్ని ఏ సమయంలోనైనా రద్దు చేయవచ్చని అర్థం చేసుకున్నాను, అయితే ఇలా చేసే రద్దు భవిష్యత్ పరీక్షకు మాత్రమే వర్తిస్తుంది కానీ వెల్లడి కొరకు నేను ఇప్పటికే అధికారం ఇచ్చిన సమాచారాన్ని ప్రభావితం చేయదు. ఈ అధికారాన్ని రద్దు చేయడానికి, నేను తప్పనిసరిగా నా స్కూల్ ను వ్రాతపూర్వకంగా సంప్రదించాలి. నేను వ్రాతపూర్వకంగా ఉపసంహరించుకునే వరకు ఈ అధికారం అమలులో ఉంటుంది.
14. ప్రజారోగ్యం మరియు సంరక్షణ నిర్వహించబడేలా చూడటానికి మరియు కోవిడ్-19 వ్యాప్తిని నియంత్రించడానికి, నా వ్యక్తిగత అనుమతి లేకుండానే పరీక్ష ఫలితాలను వేరొకరికి అందజేయవచ్చని అర్థం చేసుకున్నాను.
15. సంబంధిత ప్రజారోగ్య అధికారులకు, ప్రజలకు సూచనలు జారీచేసే సూపరింటెండెంట్ కార్యాలయానికి, పరీక్షలో పాల్గొనేవారు హాజరవుతున్న లేదా పాల్గొంటున్న స్కూల్/సంస్థకు, టెస్టింగ్ కాంట్రాక్టర్ మరియు ప్రాసెసింగ్ లేబోరేటరీకి మరియు చట్ట ప్రకారం అనుమతించబడిన వారికి పరీక్ష ఫలితాలు వెల్లడి చేయబడతాయని అర్థం చేసుకున్నాను.
16. పరీక్షలో పాల్గొనాలంటే, స్కూల్ రికార్డుల నుండి వ్యక్తుల గుర్తింపులు, జనాభా మరియు సంప్రదింపు సమాచారాన్ని పరీక్షలు చేసే వారికి వెల్లడి చేయాల్సి ఉంటుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. కుటుంబ విద్యా హక్కులు మరియు గోప్యతా చట్టం ("FERPA"), 34 CFR 99.30 ప్రకారం, పరీక్షలో పాల్గొనడానికి అవసరమైనమేరకు నా విద్యార్థికి సంబంధించిన (లేదా, స్కూల్ ఉద్యోగులకు, నాకు

సంబంధించిన) అటువంటి సమాచారాన్ని వెల్లడి చేయడానికి నేను స్కూల్కు అధికారం ఇస్తున్నాను.

17. అనుసరణ రోగ నిర్ధారణ పరీక్షకు, రక్షిత ఆరోగ్య సమాచారం (PHI) మరియు పరీక్ష చేయించుకుంటున్న వ్యక్తులను వ్యక్తిగతంగా గుర్తించదగిన ఇతర సమాచారాన్ని సమర్పించాల్సి ఉంటుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. 45 CFR 164.524(c)(3) లో పేర్కొన్న సందర్భాలను బట్టి, ఆ సమాచారాన్ని, నా విద్యార్థి చదివే స్కూల్కు, వాషింగ్టన్ స్టేట్ డిపార్ట్మెంట్ ఆఫ్ హెల్త్కు మరియు ప్రాసెసింగ్ లేబోరేటరీకి ప్రసారం చేయడానికి నేను పరీక్షలు నిర్వహించే వారికి అధికారం ఇస్తూ, ఆ ప్రకారం నిర్దేశిస్తున్నాను. వ్యక్తిగతంగా గుర్తించదగిన అటువంటి సమాచారాన్ని, ఆరోగ్య మరియు మానవ సేవల కార్యనిర్వాహక కార్యాలయానికి మరియు వర్తించే చట్టం ప్రకారం అధికారం పొందిన ఏదైనా ఇతర పార్టీకి వెల్లడి చేయవచ్చని కూడా నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
18. నేను 18 ఏళ్లు లేదా అంతకంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉన్న విద్యార్థిని అయితే లేదా నా స్వీయ ఆరోగ్య సంరక్షణ కోసం సమ్మతిని అందించడానికి చట్టబద్ధంగా అధికారం కలిగి ఉంటే, "నా విద్యార్థి" అనే పద ప్రయోగం నన్ను సూచిస్తుందని మరియు నా తరపున నేనే ఈ ఫారమ్పై సంతకం చేయవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

### కోవిడ్-19 పరీక్షకు అనుమతి/సమ్మతి

- నేను పరీక్షా కార్యక్రమం గురించిన పై సమాచారాన్ని, సేకరించాల్సిన పరీక్ష నమూనాల వివరణ మరియు పరీక్షా కార్యక్రమం వల్ల కలిగే అవకాశమున్న ప్రమాదాలను చదివాను మరియు పరీక్షా కార్యక్రమంలో నా మైనర్ విద్యార్థి పాల్గొనడానికి స్వచ్ఛందంగా సమ్మతిస్తున్నాను. నా విద్యార్థి స్కూల్/సంస్థకు వ్రాతపూర్వక అభ్యర్థనను పంపించడం ద్వారా ఈ సమాచారాన్ని నేను కూడా పొందవచ్చని అర్థం చేసుకున్నాను. నేను పైన పేర్కొన్న మైనర్ విద్యార్థి కోవిడ్-19 పరీక్ష చేయించుకోవడానికి అనుమతిస్తున్నాను.

తల్లిదండ్రులు / సంరక్షకుని సంతకం

తేదీ

- నేను పరీక్షా కార్యక్రమం గురించిన పై సమాచారాన్ని, సేకరించాల్సిన పరీక్ష నమూనాల వివరణ మరియు పరీక్షా కార్యక్రమం వల్ల కలిగే అవకాశమున్న ప్రమాదాలను చదివాను మరియు పరీక్షా కార్యక్రమంలో పాల్గొనడానికి స్వచ్ఛందంగా సమ్మతిస్తున్నాను. నా స్కూల్/సంస్థకు వ్రాతపూర్వక అభ్యర్థనను పంపించడం ద్వారా ఈ సమాచారాన్ని నేను కూడా పొందవచ్చని అర్థం చేసుకున్నాను. కోవిడ్-19 పరీక్ష చేయించుకోవడానికి నేను సమ్మతిస్తున్నాను.

విద్యార్థి (18 లేదా అంతకంటే ఎక్కువ వయసు) లేదా ఉద్యోగి సంతకం

తేదీ