

СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ В ТЕСТИРОВАНИИ НА COVID-19

Содержание формы

Городской Департамент образования (New York City Department of Education, NYC DOE), больничная система NYC Health + Hospitals и Департамент здравоохранения г. Нью-Йорка (New York City Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH) совместно лабораториями и другими поставщиками услуг проводят тестирование на COVID-19 учащихся и сотрудников школ NYC DOE. Нам требуется ваше разрешение на участие ребенка в тестировании.

Частота тестирования

Мы организуем выборочное тестирование школьников и сотрудников, которое проводится в каждой школе лабораториями и партнерскими организациями как минимум раз в месяц. В случае вашего согласия ребенок может быть включен в группу тестирования. Кроме того, в течение года ребенок может быть протестирован (1) во время проводимого в соответствии с городскими и штатовскими распоряжениями еженедельного тестирования в школах, расположенных в «желтых зонах» (Yellow Zones), (2) при демонстрации симптомов COVID-19 или (3) в случае тесного контакта с лицами (учащимися, учителями или сотрудниками) с подтвержденным положительным результатом тестирования.

Что представляет собой тест

В случае вашего согласия ребенок пройдет бесплатное диагностическое тестирование на вирус COVID-19. В приложении указана дополнительная информация о типах тестирования. Сбор образца для тестирования предполагает введение ватной палочки (похожей Q-Tip) для забора мазка из передней части носовой полости и /или сбор слюны.

Как узнать, что у ребенка положительный результат

Если образец был взят в школе, мы вышлем вам результата с ребенком. Результаты тестирования на COVID-19 обычно готовы в течение 48-72 часов.

Что делать по получении результатов тестирования

Если результат положительный, незамедлительно обращайтесь к врачу ребенка для обсуждения ваших детальнейших действий. Оставьте ребенка дома и проинформируйте школу. Отрицательный результат означает, что вирус не был обнаружен. **Иногда** у людей с COVID-19 встречаются неверные отрицательные («ложноотрицательные») результаты. Если у ребенка отрицательный результат теста, но есть симптомы COVID-19, или если у вас есть опасения по поводу контакта вашего ребенка с больным COVID-19, следует позвонить врачу. За помощью в поиске врача обращайтесь по тел. (844) NYC-4NYC.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ/СОВЕРШЕННОЛЕТНИМ УЧАЩИМСЯ

Информация о родителе/опекуне

| | |
|--------------------------------------|--|
| Имя и фамилия (печатными буквами) | |
| Адрес | |
| Телефон | |
| Имейл | |
| Предпочтительный способ связи | |

| Информация о ребенке/учащемся | | | |
|--------------------------------------|--|---------------|--|
| Имя и фамилия (печатными буквами) | | | |
| ID/Номер OSIS учащегося | | Дата рождения | |
| Школа | | | |
| Домашний адрес | | | |

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОБМЕНЕ ИНФОРМАЦИЕЙ

Закон разрешает обмениваться некоторой информацией о ребенке определенным агентствам города Нью-Йорка и штата Нью-Йорк и их контрактным поставщикам услуг, включая перечисленных ниже. Эта информация передается только в целях общественного здравоохранения; она может включать уведомление лиц, находившихся в близком контакте с ребенком, если они подверглись воздействию COVID-19, и принятие других мер для предотвращения дальнейшего распространения COVID-19 в школьном сообществе. Передаваемая агентствам и поставщикам услуг, проводящим тестирование на COVID-19, информация о ребенке включает его имя и результаты теста на COVID-19, дату рождения/возраст, пол, расу/этническую принадлежность, название школы, имена учителей, класс/поток/группу, сведения о зачислении и посещаемости, сведения об участии в послеурочных и других программах, имена членов семьи или опекунов, адрес, телефон, номер мобильного телефона и имейл. Передача информации о ребенке осуществляется только в соответствии с действующим законодательством и политикой города, защищающими конфиденциальность учащихся и безопасность данных.

| | |
|--|--|
| • Департамент образования г. Нью-Йорка | • Департамент по содействию молодежи и местным сообществам |
| • Департамент здравоохранения г. Нью-Йорка | • NYC Health + Hospitals |
| • Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк | • Поставщики услуг тестирования на COVID-19 |

СОГЛАСИЕ

Своей подписью ниже я подтверждаю:

- Я подписал(а) эту форму по собственному желанию и выбору, и у меня есть законные полномочия принимать решения в отношении указанного выше ребенка.
- Я даю согласие на тестирование ребенка на COVID-19.
- Я понимаю, что до 30 сентября 2021 г. ребенок может быть протестирован многократно: (1) в назначенные NYC DOE дни, во время проводимого в соответствии с городскими и штатовскими распоряжениями еженедельного тестирования в школах, расположенных в «желтых зонах» (Yellow Zones), (2) в случае демонстрации симптомов COVID-19 или (3) тесного контакта с инфицированными COVID-19 лицами (учащимися, учителями или сотрудниками).
- Я понимаю, что эта форма согласия действительна до 30 сентября 2021 г., если я не подам уполномоченному сотруднику школы **письменное уведомление** об отзыве согласия.
- Я понимаю, что в случае моего отзыва согласия или отказа от подписания формы, ребенку потребуется перейти на дистанционную форму обучения.
- Я понимаю, что результаты тестирования и другая информация о ребенке могут быть раскрыты в рамках, установленных законом.
- Я понимаю, что по достижении 18-летнего возраста или при наличии другого законного права принимать решения о своем здоровье, упоминание в документе «ребенка» относится ко мне, и я могу подписать эту форму от своего имени.

| | | |
|--|--|------|
| Подпись родителя/опекуна* ребенка младше 18 лет | | Дата |
| Подпись учащегося, достигшего 18-летнего возраста или имеющего права давать согласие по иной причине) | | Дата |