

COVID-19 검사 동의 양식

이 양식은 무엇입니까?

자녀분의 COVID-19 감염 여부 검사를 위해 여러분의 동의를 구합니다. 뉴욕시 교육청(NYC DOE)은 NYC Health + Hospitals 및 NYC 보건정신위생부와 함께 랩 및 기타 제공처와 연계하여 NYC DOE 학생, 교사, 교직원의 COVID-19 감염 검사를 실시하고 있습니다.

얼마나 자주 제 아이를 검사할 것입니까?

저희 랩들과 검사 협력 기관들은 모든 학교를 정기적으로 방문하여 일부 학생, 교사, 교직원을 검사할 것입니다. 부모님이 동의하시면 검사가 실시될 때 자녀분이 한번 또는 여러 번 검사에 선택될 수 있으며 자녀분은 (1) 뉴욕주 및 뉴욕시의 의무 조항에 부합하는 경우 (2) 하나 또는 그 이상의 COVID-19 증상을 보이는 경우 또는 (3) COVID-19 확진 학생, 교사 또는 교직원과 밀접 접촉한 경우 또는 (4) 검사가 실시되는 특별 활동에 참여하는 것과 관련된 경우 검사를 받게 될 수도 있습니다.

검사는 어떻게 이루어 집니까?

부모님이 동의하시면 자녀분은 무료 COVID-19 바이러스 진단 검사를 받습니다. 검사를 위한 시료 채취는 Q-Tip 과 같은 작은 면봉을 비강으로 삽입하거나 타액(침)을 채취합니다.

제 아이의 결과가 양성인지 어떻게 알 수 있습니까?

검사를 위해 자녀의 시료를 채취했다면 가정으로 정보를 보내드릴 것입니다. COVID-19 검사 결과는 일반적으로 48-72 시간 내 제공됩니다.

자녀의 검사 결과를 받으면 어떻게 해야 하나요?

자녀의 검사 결과가 양성이라면 자녀의 의사에게 즉시 연락하여 검사 결과를 검토하고 다음 조치를 논의하십시오. 반드시 자녀분을 가정에서 돌보시고 자녀분의 학교에 연락 하셔야 합니다. 자녀의 검사 결과가 음성이라면 자녀의 시료 샘플에서 바이러스가 발견되지 않았음을 의미합니다. **때로는** 검사에서 COVID-19 에 걸린 사람도 부정확한 음성 결과(허위 음성)가 나올 수 있습니다. 자녀의 검사 결과가 음성이지만, COVID-19 증상을 보이거나 자녀가 COVID-19 에 노출되었는지 걱정되신다면 자녀의 의사에게 전화하십시오. 의사를 찾는데 도움이 필요하면 (844) NYC-4NYC 로 전화하십시오.

학부모, 보호자 또는 성인인 참여자가 작성

학부모/보호자 정보

학부모/보호자 성명(인쇄체로): _____

학부모/보호자 주소: _____

학부모/보호자 전화/휴대전화 번호: _____

학부모/보호자 이메일 주소: _____

가장 좋은 연락 방법: _____

자녀 정보

자녀(인쇄체로 성명): _____

자녀 학교 ID/OSIS #(알고 계신다면): _____

자녀의 생년월일: _____

자녀 집주소: _____

정보 공유 안내

법에 따라 자녀에 대한 일부 정보는 뉴욕시 및 뉴욕주 일부 기관 및 다음 목록을 포함한 계약을 맺은 서비스 제공처 및 연계 기관 간에 공유됩니다. 이 정보는 COVID-19 노출된 경우 자녀분과 밀접 접촉한 사람에게 연락하고 커뮤니티에서 COVID-19 가 확산되는 것을 막기 위한 조치를 포함한 공공 보건 목적으로만 공유될 것입니다. 다음 기관 및 COVID-19 검사를 실시하는 서비스 제공처에 공유될 수 있는 자녀의 정보는 자녀의 이름, COVID-19 검사 결과, 생년월일/나이, 성별, 인종/민족, 학교 이름, 교사, 코호트/파드, 등록 및 출결 기록, 방과후 및 기타 특별활동 프로그램 참여, 기타 가족 또는 보호자 이름, 주소, 전화번호, 휴대전화 번호, 이메일 주소입니다. 자녀분에 대한 정보 공유는 해당 법규 및 사생활과 자녀분의 데이터 안전을 보호하는 뉴욕시 정책에 따라서만 공유될 것입니다.

1. 뉴욕시 교육청
2. 뉴욕시 보건정신위생부
3. 뉴욕주 보건부
4. 뉴욕시 청소년 및 커뮤니티 개발부
5. NYC Health and Hospitals Corporation
6. COVID-19 검사를 위해 계약을 맺은 서비스 제공처

동의

아래 서명함으로써 다음에 동의합니다:

- 본인은 이 양식에 자유 의사로 자발적으로 서명하였으며 상기 명시된 제 아이에 대한 결정을 할 법적 권한을 가지고 있습니다.
- 본인은 제 아이가 COVID-19 감염 검사를 받는 것에 동의합니다.
- 본인은 제 아이가 2022년 9월 30일까지 여러 번 검사 받게 될 수 있으며 검사는 (1) 검사 프로그램 또는 뉴욕주 및 뉴욕시의 의무 조항에 부합하여 실시 또는 (2) 하나 또는 그 이상의 COVID-19 증상을 보이는 경우 또는 (3) COVID-19 확진 학생, 교사 또는 교직원과 밀접 접촉한 경우 또는 (4) 검사가 추천되는 특별 활동에 참여하는 것과 관련된 경우(예를 들어: 운동) 받게 될 수도 있다는 것을 이해합니다.
- 본인은 아이의 학교에 지정된 연락 담당자에게 서면으로 연락하여 동의를 철회하지 않는 한 이 동의 양식이 2022년 9월 30일까지 유효함을 이해합니다.
- 본인은 제 아이의 검사 결과 및 기타 정보가 법에 허용되는 범위에서 공개될 수 있음을 이해합니다.

- 본인은 본인이 18 세 이상의 학생인 경우 또는 본인의 보건 케어에 대한 법적 동의를 스스로 할 수 있는 경우 “아이”로 지칭되는 사람이 본인이며 본인에 대해 본 양식에 서명하는 것을 이해합니다.

학부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____

(아이가 18 세 이하라면)

학생 서명: _____ 날짜: _____

(18 세 이상이거나 동의할 권한이 있는 경우)