

СОГЛАСИЕ НА ТЕСТИРОВАНИЕ НА COVID-19

Содержание формы

Нам требуется ваше разрешение на участие ребенка в тестировании на COVID-19, которое Департамент образования г. Нью-Йорка (NYC DOE), больничная система NYC Health + Hospitals и Департамент здравоохранения г. Нью-Йорка (DOHMH) проводят совместно с лабораториями и другими поставщиками услуг.

Частота тестирования

Наши партнерские организации — лаборатории и поставщики диагностических услуг — проводят периодическое выборочное тестирование учащихся, учителей и сотрудников школ. В случае вашего согласия ребенок может быть включен в группу тестирования. Кроме этого, он также может быть протестирован (1) в соответствии с требованиями городских и штатовских властей, (2) в случае демонстрации симптомов COVID-19, (3) в случае тесного контакта с лицами (учащимися, учителями или сотрудниками) с подтвержденным положительным результатом тестирования или (4) в связи с участием во внеучебных мероприятиях.

Что представляет собой тест

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

Как узнать, что у ребенка положительный результат

Если ребенок примет участие в тестировании, мы передадим вам результат теста 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 детальнейших действий. Оставьте ребенка дома и проинформируйте школу. Отрицательный результат означает, что вирус не был обнаружен. **Иногда** у инфицированных COVID-19 встречаются неверные отрицательные («ложноотрицательные») результаты. Если у ребенка с отрицательным результатом теста наблюдаются симптомы COVID-19 или у вас есть опасения по поводу его контакта 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/мобильный телефон: _____

Имейл: _____

Предпочтительный способ связи: _____

ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ

Имя и фамилия (печатными буквами): _____

Номер ID/OSIS учащегося (если имеется): _____

Дата рождения: _____

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 вашем 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 внеучебных 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.

1. Департамент образования г. Нью-Йорка
2. Департамент здравоохранения г. Нью-Йорка
3. Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк
4. Департамент по содействию молодежи и местным сообществам
5. NYC Health + Hospitals
6. 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 2022 г. ребенок может быть протестирован многократно: (1) в назначенные DOE дни, в соответствии с требованиями городских и штатовских властей, (2) в случае демонстрации симптомов COVID-19, (3) в случае тесного контакта с лицами (учащимися, учителями или сотрудниками) с подтвержденным положительным результатом тестирования или (4) в связи с участием во внеучебных (к примеру, спортивных) мероприятиях.
- Я понимаю, что эта форма согласия действительна до 30 сентября 2022 г. или до подачи мной уполномоченному сотруднику школы **письменного уведомления** об отзыве согласия.
- Я понимаю, что результаты тестирования и другая информация о ребенке могут быть раскрыты в рамках, установленных законом.
- Я, учащийся, 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: _____ Дата: _____

(если ребенок младше 18 лет)

Подпись учащегося: _____ Дата: _____

(если ребенок достиг 18-летнего возраста или имеет право давать согласие по иной причине)