**COVID-19 및 A·B형 독감 신속 항원 검사 동의서**

|  |
| --- |
| 학생 성명: |
| 학생 생년월일: |
| 학교: |
| 학부모/보호자 성명: |
| 집 주소: |
| 전화번호: |

**다음 사전 동의 통지문을 주의 깊게 읽고 COVID-19 검사 승인에 서명해 주십시오.**

1. 본인은 위에 명시된 학생의 COVID-19 및 A·B형 독감 검사가 Washington State Department of Health(워싱턴주 보건부)가 제공하는 **<insert name of test>**을(를) 통해 수행될 것임을 이해하고 해당 검사에 대한 *개인 정보 자료*가 본인에게 제공되었음을 인정합니다.
2. 본인은 위에 명시된 학생의 검사 실시가 사용 가능한 검사 용품에 따라 제한됨을 이해합니다.
3. 본인은 검사를 수행하는 기관이 위에 명시된 학생의 의료 제공자 역할을 대리하지 않음을 이해합니다. 검사는 의료 제공자의 치료를 대체하지 않습니다. 본인은 문의 사항이나 궁금한 사항이 있는 경우, 위에 명시된 학생의 COVID-19 및 A·B형 독감 증상이 발현되거나, 위에 명시된 학생의 상태가 악화되는 경우, 의료 제공자 또는 기타 의료기관으로부터 의료 조언, 진료 및 치료를 구하는 등 검사 결과와 관련해 적절한 조치를 취해야 하는 완전하고 전적인 책임이 있습니다.
4. 본인은 다른 의료 검사와 마찬가지로 COVID-19 및 A·B형 독감 검사 결과가 위양성 또는 위음성일 가능성이 있음을 이해합니다.
5. 본인은 위에 명시된 학생의 의료 제공자에게 양성 판정 결과를 알리는 것이 본인의 책임이며, 본인을 대신하여 위에 명시된 학생의 의료 제공자에게 사본이 송부되지 않을 것임을 이해합니다.
6. 본인은 15~30분 안에 항원 검사 결과가 나올 것임을 이해합니다.
7. 본인은 항원 검사 결과 양성 판정이 나온다면, 위에 명시된 학생이 타인을 감염시키지 않게 자가 격리를 해야 한다는 표시임을 이해하고 인정합니다.
8. 본인은 검사 목적, 절차, 잠재적 위험성 및 이점에 대해 설명을 들었습니다. COVID-19 및 A·B형 독감 검사를 진행하기 전에 본인에게 질문할 기회가 있을 것입니다. 본인은 위에 명시된 학생이 COVID-19 및 A·B형 독감 진단 검사를 계속 수행하게 하고 싶지 않은 경우 검사를 거부할 수 있음을 이해합니다.
9. 본인은 공중 보건과 안전성을 보장하고 COVID-19 및 A·B형 독감의 확산을 통제하기 위해

검사 결과가 본인의 개별 승인 없이 공유될 수 있음을 이해합니다.

1. 본인은 법에서 요구하는 바에 따라 해당 공중 보건 당국에 검사 결과가 공개될 것임을 이해합니다.
2. 본인은 검사가 수행되기 전에 언제든지 검사 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다.

**COVID-19 및 A·B형 독감 검사 승인/동의**

* 본인은 위에 명시된 학생이 COVID-19 및 A·B형 독감 검사를 받도록 승인하는 데 동의합니다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

학부모/보호자 서명 날짜

* 본인은 COVID-19 검사 및 A·B형 독감 검사를 수행하는 데 동의합니다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

학생(18세 이상) 서명 날짜