**Formular de consimțământ pentru testul antigen rapid COVID-19**

|  |
| --- |
| Numele elevului: |
| Data de naștere a elevului: |
| Școala: |
| Numele părintelui/tutorelui legal: |
| Adresa de domiciliu: |
| Numărul de telefon: |

**Citiți cu atenție următoarea declarație informată de consimțământ și semnați autorizația de testare pentru COVID-19.**

1. Înțeleg că testarea COVID-19 a elevului menționat mai sus se va realiza printr-un test **<insert name of test>**, furnizat de Washington State Department of Health (Departamentul de Sănătate al Statului Washington) și declar că mi-a fost pusă la dispoziție *Fișa informativă pentru persoanele vizate* referitoare la test.
2. Înțeleg că posibilitatea elevului menționat mai sus de a efectua testul este limitată la stocurile de teste disponibile.
3. Înțeleg că entitatea care efectuează testul nu acționează în calitate de medic/clinică medicală a elevului menționat mai sus. Testarea nu înlocuiește tratamentul realizat de un medic/o clinică medicală. Îmi asum responsabilitatea totală de a întreprinde acțiunile necesare cu privire la rezultatul testului, inclusiv solicitarea recomandărilor, îngrijirilor și tratamentelor medicale de la un medic/o clinică medicală sau de la altă entitate de servicii de sănătate dacă am întrebări sau nelămuriri, dacă elevul menționat mai sus prezintă simptome COVID-19 sau dacă starea sa se înrăutățește.
4. Înțeleg că, așa cum se poate întâmpla cu orice test medical, testul COVID-19 poate să aibă un rezultat fals pozitiv sau fals negativ.
5. Înțeleg că este responsabilitatea mea de a informa medicul/clinica medicală a elevului menționat mai sus în cazul unui rezultat pozitiv la test și că nimeni nu va trimite o copie către medicul/clinica medicală a elevului menționat mai sus în locul meu.
6. Înțeleg că rezultatul la testul antigen va fi disponibil în 15-30 de minute.
7. Înțeleg și sunt de acord că un rezultat pozitiv la testul antigen indică faptul că elevul menționat mai sus trebuie să se autoizoleze pentru a nu îmbolnăvi alte persoane.
8. Am fost informat cu privire la scopul, procedurile, posibilele riscuri și beneficiile testului. Voi avea

posibilitatea de a pune întrebări înainte de realizarea unui test COVID-19. Înțeleg că, dacă nu doresc ca elevul menționat mai sus să efectueze testul de diagnostic COVID-19, pot să refuz testul.

1. Înțeleg că, pentru a asigura sănătatea și siguranța publică și pentru a controla răspândirea COVID-19, rezultatul testului poate fi trimis fără acordul meu personal.
2. Înțeleg că rezultatul testului va fi trimis către autoritățile de sănătate publică adecvate, după cum solicită legea.
3. Înțeleg că pot să îmi retrag consimțământul pentru efectuarea testului în orice moment înainte de efectuarea sa.

**AUTORIZAȚIE/CONSIMȚĂMÂNT PENTRU TESTUL COVID-19**

* Sunt de acord să autorizez elevul menționat mai sus să efectueze testul COIVD-19.

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

Semnătura părintelui/tutorelui legal Data

* Sunt de acord să efectuez testul COVID-19.

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

Semnătura elevului (18 ani sau mai mare) Data