**Form sa Pagsang-ayon para sa Rapid COVID-19 Antigen Test (Agarang Pagsusuri ng Antigen para sa COVID-19)**

|  |
| --- |
| Pangalan ng Mag-aaral: |
| Petsa ng Kapanganakan ng Mag-aaral: |
| Paaralan: |
| (Mga) Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga: |
| Address sa Bahay: |
| Numero ng Telepono: |

**Pakibasa nang mabuti ang sumusunod na abiso sa may kaalamang pagsang-ayon at lagdaan ang awtorisasyon na magpasuri para sa COVID-19.**

1. Nauunawaan ko na isasagawa ang pagsusuri ng mag-aaral na pinangalanan sa itaas para sa COVID-19 sa pamamagitan ng ***<insert name of test>*** na ibinigay ng Washington State Department of Health (Departamento ng Kalusugan ng Estado ng Washington) at kinikilala ko na ginawang available para sa akin ang *Sheet ng Katotohanan para sa Mga Indibidwal* para sa pagsusuri.
2. Nauunawaan ko na limitado ang kakayahang makatanggap ng pagsusuri ng mag-aaral na pinangalanan sa itaas sa pagiging available ng mga suplay sa pagsusuri.
3. Nauunawaan ko na hindi kumikilos ang entidad na nagsasagawa ng pagsusuri bilang medikal na tagapagkaloob ng mag-aaral na pinangalanan sa itaas. Hindi pinapalitan ng pagsusuri ang paggamot ng isang medikal na tagapagkaloob. Inaako ko ang kumpleto at buong responsibilidad na kumilos nang naaayon sa mga resulta ng pagsusuri, kabilang ang paghingi ng medikal na payo, pangangalaga, at paggamot mula sa isang medikal na tagapagkaloob o iba pang entidad sa pangangalagang pangkalusugan kung mayroon akong mga tanong o alalahanin, kung nagkaroon ng mga sintomas ng COVID-19 ang mag-aaral na pinangalanan sa itaas, o kung lumala ang kondisyon ng mag-aaral na pinangalanan sa itaas.
4. Nauunawaan ko na, tulad ng anumang medikal na pagsusuri, may posibilidad ng false positive (maling positibo) o false negative (maling negatibo) ang resulta sa pagsusuri sa COVID-19.
5. Nauunawaan ko na responsibilidad kong ipaalam sa tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan ng mag-aaral na pinangalanan sa itaas ang positibong resulta sa pagsusuri, at hindi magpapadala ng isang kopya (ng resulta sa pagsusuri) sa tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan ng mag-aaral na pinangalanan sa itaas para sa akin.
6. Nauunawaan ko na magiging available ang resulta ng pagsusuri ng antigen sa loob ng 15-30 minuto.
7. Nauunawaan at kinikilala ko na ang positibong resulta sa pagsusuri ng antigen ay isang palatandaan na kailangang ibukod ng mag-aaral na pinangalanan sa itaas ang kanyang sarili para maiwasang mahawaan ang ibang tao.
8. Ipinaalam sa akin ang layunin, mga pamamaraan, at posibleng panganib at benepisyo ng pagsusuri. Magkakaroon ako ng

pagkakataong magtanong bago magpatuloy sa isang pagsusuri para sa COVID-19. Nauunawaan ko na kung hindi ko gustong magpatuloy sa diagnostic na pagsusuri para sa COVID-19 ang mag-aaral na pinangalanan sa itaas, maaari kong tanggihan ang pagsusuri.

1. Nauunawaan ko na para masiguro ang kalusugan at kaligtasan ng publiko at para makontrol ang paglaganap ng COVID-19, maaaring ibahagi ang mga resulta ng pagsusuri nang wala ang aking indibidwal na awtorisasyon (o nang hindi ipinapaalam sa akin).
2. Nauunawaan ko na ibubunyag ang mga resulta ng pagsusuri sa mga naaangkop na awtoridad sa pampublikong kalusugan tulad ng kinakailangan ng batas.
3. Nauunawaan ko na maaari kong bawiin ang aking pagsang-ayon sa pagsusuri sa anumang oras bago ito isagawa.

**AWTORISASYON/PAGSANG-AYON NA MAGPASURI PARA SA COVID-19**

* Sumasang-ayon ako na awtorisahan na sumailalim sa pagsusuri para sa COVID-19 ang mag-aaral na pinangalanan sa itaas.

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

Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga Petsa

* Sumasang-ayon akong sumailalim sa pagsusuri para sa COVID-19.

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

Lagda ng Mag-aaral (18 taong gulang pataas) Petsa