

## **Ipinabatid na Pahintulot at Paglabas ng Impormasyon para sa Pag-test sa Pagtukoy ng COVID-19 (COVID-19 Diagnostic Testing)**

### **Pahintulot sa Pag-test sa Pagtukoy ng COVID-19 (COVID-19 Diagnostic Testing)**

Kusang-loob akong pumapayag at pinapahintulutan ang UC San Diego Health, Clarity Lab Solutions, LLC, at/o Responsive Partners, LLC, kasama ang San Diego Unified School District, upang magsagawa ng koleksyon, pag-test, at pagsusuri para sa mga layunin ng mga test sa pagtukoy ng COVID-19 sa estudyante (pinangalanan sa ibaba).

Kinikilala ko at nauunawaan na ang test sa pagtukoy ng COVID-19 ay mangangailangan ng pagkolekta ng naaangkop na sample gamit ang isang swab para sa ilong (anterior nasal swab), swab para sa bibig (oral swab), o iba pang inirerekomendang pamamaraan ng pagkolekta.

Inaako ko ang kumpleto at buong responsibilidad upang gumawa ng naaangkop na aksyon patungkol sa mga resulta ng test. Kung mayroon akong mga tanong o alalahanin tungkol sa mga resulta ng test ng estudyante o pisikal na kalagayan, agad akong hihingi ng payo at paggamot mula sa isang naaangkop na medical provider.

### **Nauunawaan ko na walang singil o bayad sa estudyante, magulang o sa health insurance para sa test sa pagtukoy (diagnostic test) na ito.**

Nauunawaan ko na ang pagpirma ko sa form na ito ay magbibigay ng pahintulot sa UC San Diego Health, Clarity Lab Solutions, LLC, at/o Responsive Partners, LLC, para i-test ang estudyante na pinangalanan sa ibaba sa maraming okasyon (gaya ng linggo-linggo, dalawang beses kada linggo, tuwing 2 linggo, tuwing 3 linggo o hindi gaanong madalas) depende sa pagiging available ng test at mga kalagayan ng virus sa ating komunidad. Pinapahintulutan kong ma-test ang aking estudyante nang wala ako hanggang Hunyo 30, 2022.

Nauunawaan ko na maaari kong kanselahin sa pamamagitan ng pagsulat ang Pahintulot na ito anumang oras bago ang pagsasagawa ng test at hindi na mate-test ang aking estudyante. Kung bibigyan ko ng abiso sa pamamagitan ng pagsulat ang San Diego Unified School District upang kanselahin ang Pahintulot na ito, hindi na ite-test ng UC San Diego Health, Clarity Lab Solutions, LLC, at/o Responsive Partners, LLC and aking estudyante.

Para sa mga estudyante na tumatanggap ng COVID-19 test mula sa UCSD:

- Nauunawaan ko na mayroong kinakailangan upang mairehistro ang aking anak bilang isang pasyente ng UC San Diego Health (kung hindi pa nakarehistro) at para mairehistro sa MyUCSDChart para sa mga layunin ng pagsubaybay.

- Tatawagan ng UC San Diego Health ang mga magulang para sa anumang positive na resulta para sa mga paliwanag at tagubilin. Ang mga negative na resulta ay magiging available lang sa MyUCSDChart.

**Paglabas ng Impormasyon para sa Clarity Lab Solutions LLC, Responsive Partners LLC, at Primary Diagnostics, Inc.**

Nauunawaan ko na maaaring makatanggap ang aking estudyante ng test sa pagtukoy ng COVID-19 (COVID-19 diagnostic test) mula sa Clarity Lab Solutions LLC, Responsive Partners, LLC, at/o UC San Diego Health, bilang available. Nauunawaan ko pa na maaaring makatanggap ang aking estudyante ng test sa pagtukoy ng COVID-19 na ibinigay ng estado. Ang Primary Diagnostics, Inc. ay ang platform ng estado para kolektahin ang mga resulta ng COVID-19 test at nauugnay na impormasyon mula sa mga test sa pagtukoy na ibinigay ng estado.

Pinahihintulutan ko ang Clarity Lab Solutions, LLC, Responsive Partners, LLC, at/o Primary Diagnostics, Inc. na maglabas ng personal na impormasyon para sa estudyante (kasama ang pangalan, kasarian, petsa ng kapanganakan, at, hanggang sa naaangkop, ang impormasyon ng dependent at/o guardianship), impormasyon para makontak (kasama ang, hanggang sa naaangkop, ang aking numero ng telepono, email address, at pisikal o mailing address), impormasyon ng appointment, numero ng pagkakakilanlan ng transaksyon (transaction identification number), impormasyon at mga resulta ng COVID-19, sa San Diego Unified School District, county, at departamento ng kalusugan ng estado (state health department), o sa alinmang iba pang entity ng gobyerno na maaaring hiniling ng batas.

Bibiyan ako ng abiso ng Distrito sa pamamagitan ng telepono para sa anumang positive na resulta ng test. Maaaring makuha ang mga negative na resulta ng test sa pagtawag sa nurse sa site ng paaralan ng estudyante.

**Paglabas ng Impormasyon para sa UC San Diego Health**

Nauunawaan ko na kung tumatanggap ang aking estudyante ng COVID-19 test mula sa UC San Diego Health, hihilingin sa akin na kumpletuhin din ang Form sa Paglabas ng Impormasyon ng UC San Diego Health.

Nauunawaan ko na hihilingin sa akin ng mga form ng UC San Diego Health ang Numero ng Social Security, ngunit hindi ko kinakailangang ibigay ito at isasagawa ang pag-test, ibinigay man o hindi ang Numero ng Social Security. **Hindi maaapektuhan ang pagiging eligible ng estudyante para sa pag-enroll o pagtanggap ng mga serbisyong pang-edukasyon, ibinigay man o hindi ang Numero ng Social Security. Ang mga numero ng social security, o ang katotohanan na hindi ito binigay ay hindi**

**ibabahagi ng Distrito maliban sa UC San Diego Health at hindi ibabahagi ng UC San Diego Health ang impormasyong ito sa sinumang ibang tao o entity.**

**Pagtuturo, Pagsasanay at Edukasyon ng UC San Diego Health**

Nauunawaan ko na bilang bahagi ng misyon nito sa pagtuturo, tinuturuan at sinasanay ng UCSDH ang mga estudyante sa mga career sa pangangalaga ng kalusugan at na maaaring isagawa ng isang pinangangasiwaang trainee ang COVID-19 sa aking anak.

**Mga Karapatan ng Pasyente at Kasanayan sa Privacy**

a) Abiso ng Mga Kasanayan sa Privacy at Karapatan ng Pasyente: Inilalarawan ng “Abiso ng Mga Kasanayan sa Privacy” ng UC San Diego Health kung paano nito maaaring gamitin at isiwalat ang iyong protektadong impormasyon sa kalusugan at na available sa website na ito: <https://health.ucsd.edu/hipaa/Pages/hipaa.aspx>

b) Pagsisiwalat sa Mga Awtoridad ng Gobyerno: Kinikilala ko at sumasang-ayon na maaaring isiwalat ng UC San Diego Health at/o San Diego Unified School District ang mga resulta ng aking test at nauugnay na impormasyon sa naaangkop na county, mga entity ng estado tulad ng hiniling ng batas.

Pangalan ng Estudyante: \_\_\_\_\_  
Pangalan Apelyido

Petsa ng Kapanganakan ng Estudyante: \_\_\_\_\_  
Buwan / Araw / Taon

Paaralan kung saan Naka-enroll: \_\_\_\_\_ Baitang: \_\_\_\_\_ Guro  
\_\_\_\_\_

Pirma ng Estudyante(edad 12 at mas matanda) \_\_\_\_\_ Petsa:  
\_\_\_\_\_

Pirma ng Magulang o Ligal na Tagapag-alaga \_\_\_\_\_ Petsa:  
\_\_\_\_\_

Nakalimbag na Pangalan ng Magulang o Ligal na Tagapag-alaga:  
\_\_\_\_\_

Petsa ng Kapanganakan ng Magulang o Ligal na Tagapag-alaga:

---

Buwan / Araw / Taon

Numero ng Telepono ng Magulang o Ligal na Tagapag-alaga:

---

Email Address ng Magulang o Ligal na Tagapag-alaga:

---