

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA PRUEBAS COMBINADAS OPCIONALES DE COVID-19

A COMPLETAR POR EL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR

Información del padre/la madre/el tutor

No se le notificarán los resultados de la prueba combinada, pero sí se le informarán los resultados de las pruebas de seguimiento individuales por teléfono o correo electrónico.

Nombre del padre/la madre/el tutor en letra de imprenta:	
N.º de celular/tel. móvil del padre/la madre/el tutor: <i>Nota: los resultados se enviarán por mensaje de texto a este n.º de celular</i>	
Dirección de correo electrónico del padre/la madre/el tutor:	

Información del niño/estudiante

Nombre del niño/estudiante en letra de imprenta:			
Grado:		Salón (si corresponde):	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)		Edad:	
¿El estudiante antes mencionado fue diagnosticado con COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> Sí , mi estudiante obtuvo un resultado positivo para COVID-19 en los últimos 90 días. <i>Si respondió sí, indique la fecha de la última prueba de COVID-19 positiva:</i> _____		
	<input type="checkbox"/> No , mi estudiante no obtuvo un resultado positivo para COVID-19 en los últimos 90 días.		

CONSENTIMIENTO

Al completar y presentar este formulario, confirmo que soy el padre/la madre, el tutor o la persona legalmente autorizada para proporcionar consentimiento y declaro lo siguiente:

- Autorizo la obtención de material y el análisis de una prueba combinada semanal de COVID-19 para mi hijo/a durante el horario escolar, además de cualquier prueba individual de diagnóstico de seguimiento que sea necesaria para mi estudiante (incluidas las pruebas rápidas de antígenos de Abbott BinaxNOW y las pruebas PCR/moleculares). Entiendo que la obtención de muestras no será invasiva y se realizará con hisopos nasales cortos.
- Entiendo que las pruebas combinadas no arrojan resultados individuales para cada miembro del grupo, y que los resultados individuales de mi estudiante en una prueba combinada no se compartirán conmigo. Sin embargo, entiendo que la información de salud personal de mi estudiante podría ingresar a la plataforma informática del proveedor de pruebas para ayudar a realizar un seguimiento de las pruebas combinadas e identificar a las personas que requieren pruebas de seguimiento.
- Entiendo que se me notificarán los resultados de cualquier prueba de diagnóstico "de seguimiento" para la COVID-19 que se le realice a mi estudiante.
- Entiendo que existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo para la prueba de COVID-19 combinada o individual. Dadas las posibilidades de un falso negativo, entiendo que mi estudiante debe continuar respetando todas las recomendaciones de seguridad para la COVID-19, que incluyen el uso de mascarilla y el distanciamiento social, y debe seguir los protocolos de aislamiento y prueba de la escuela si el estudiante tiene síntomas de COVID-19.
- Entiendo que el personal que administra las pruebas combinadas y las pruebas de seguimiento recibió capacitación en administración segura y adecuada de pruebas. Acepto

que ni la persona que administra la prueba ni _____, ni ninguno de sus administradores, directivos, empleados u organizaciones patrocinadoras son responsables de ningún accidente o lesión que pueda ocurrir como consecuencia de participar en un programa de pruebas combinadas.

- F. Entiendo que mi estudiante **debe** quedarse en casa si no se siente bien. Acepto que un resultado positivo individual en una prueba de seguimiento es indicador de que mi hijo/a debe quedarse en casa, autoaislarse y seguir usando mascarilla o cobertor facial según las indicaciones en un esfuerzo por evitar contagiar a otros.
- G. Entiendo que el sistema escolar no cumple el rol de proveedor médico de mi hijo/a, que esta prueba no reemplaza el tratamiento proporcionado por el proveedor médico de mi hijo/a, y asumo plena responsabilidad de tomar las medidas correspondientes con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo/a. Acepto buscar la orientación, la atención y el tratamiento médico del proveedor médico de mi hijo/a si tengo preguntas o inquietudes, o si la afección empeora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier atención médica que reciba mi hijo/a de su proveedor de atención médica.
- H. Entiendo que las pruebas de seguimiento generarán Información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) y otra información personal del estudiante. Conforme al Título 45 del CFR, artículo 164.524(c)(3), autorizo e instruyo a la compañía que realiza las pruebas a transmitir dicha PHI a la escuela de mi hijo/a, al Departamento de Salud Pública, al Departamento de Educación Primaria y Secundaria y al proveedor de la prueba. Entiendo también que la PHI podrá divulgarse a la División ejecutiva de salud y servicios humanos y a cualquier otra parte que esté autorizada conforme a HIPAA.
- I. Entiendo que la autorización de estas pruebas de COVID-19 para mi estudiante es opcional y que puedo negarme a proporcionar esta autorización, en cuyo caso no se realizará la prueba a mi estudiante.
- J. Entiendo que puedo cambiar de parecer y cancelar este permiso en cualquier momento, pero dicha cancelación solo es hacia delante y no afectará la información que ya haya permitido divulgar. Para cancelar este permiso de prueba de COVID-19, debo comunicarme con cps@cpsd.us.

Yo, quien suscribe, recibí información sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y recibí una copia de este Consentimiento informado. Tuve la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y me informaron que puedo hacer más preguntas en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba de COVID-19 para mi hijo/a.

Firma del padre/la madre/el tutor:

Fecha: