

Formulario de consentimiento para la prueba de COVID-19

Para ser completado por el padre o tutor del estudiante

Información del padre o tutor

Se le notificará de los resultados de la prueba por escrito en el momento de la prueba.

Nombre del padre o tutor:
(letra de imprenta)

Número de teléfono celular del padre o tutor:

Correo electrónico del padre o tutor:

Información del estudiante

Nombre del estudiante:

Domicilio de la casa:

Ciudad:

Código postal:

Condado:

Fecha de nacimiento:
(MM/DD/AAAA)

Grado:

Nombre del estudiante:

Domicilio de la casa:

Ciudad:

Código postal:

Condado:

Fecha de nacimiento:
(MM/DD/AAAA)

Grado:

Nombre del estudiante:

Domicilio de la casa:

Ciudad:

Código postal:

Condado:

Fecha de nacimiento:
(MM/DD/AAAA)

Grado:

Consentimiento

Al completar este formulario y devolverlo a mi escuela, confirmo que soy el padre o tutor del estudiante(s) mencionado(s) anteriormente, y que doy mi consentimiento para permitir la prueba de COVID-19 a mi estudiante(s) con un hisopo en la nariz de poca profundidad, durante el año escolar 2020-2021. La prueba de COVID-19 se puede ofrecer a los estudiantes en dos circunstancias: (1) si mi estudiante(s) desarrolla(n) nuevos síntomas de COVID-19 mientras está(n) en la escuela; (2) si mi estudiante(s) está(n) expuesto(s) al COVID-19 en un grupo escolar y el departamento de salud pública local recomienda la prueba. Entiendo que puedo dar mi consentimiento para uno o ambos tipos de pruebas.

Entiendo que la prueba de COVID-19 para el estudiante(s) es opcional y que puedo negarme a dar mi consentimiento, en cuyo caso, a mi estudiante(s) no se le hará la prueba. Entiendo que mi(s) estudiante(s) deben quedarse en casa y no ir a la escuela si se sienten mal.

Entiendo que la escuela no está actuando como el proveedor de atención médica de mi estudiante, esta prueba no reemplaza el tratamiento por parte del proveedor de atención médica de mi estudiante y asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de la prueba del estudiante. Entiendo que sigue siendo mi responsabilidad buscar consejo médico, atención y tratamiento para mi(s) estudiante(s) de su proveedor de atención médica.

Entiendo que existe la posibilidad de resultados negativos falsos de la prueba de COVID-19 y que mi(s) estudiante(s) aún podría(n) estar infectado(s) con COVID-19 incluso si el resultado de la prueba es negativo. También entiendo que si la prueba de COVID-19 de mi(s) estudiante(s) es positiva, el resultado de la prueba se informará a la autoridad de salud pública local, como lo requiere la ley.

La información de salud personal no se divulgará sin el consentimiento por escrito, excepto cuando lo requiera la ley.

- Doy permiso para que el personal de la escuela le haga la prueba de COVID-19 a este estudiante(s) si presenta(n) nuevos síntomas en la escuela.

- Doy permiso para que el personal de la escuela le haga la prueba a mi estudiante(s) si está(n) expuesto(s) a COVID-19 dentro de su cohorte (grupo) escolar y la autoridad local de salud pública recomienda la prueba.

Firma del padre o tutor

Fecha