

Autorización para que el estudiante a mi cargo participe en las pruebas de COVID-19 colectivas (opcionales)

A LLENAR POR EL PADRE/MADRE/TUTOR			
Información de los padres/tutores			
<i>Solo se le notificarán los resultados de las pruebas del estudiante a su cargo si forma parte de un grupo/cohorte con resultados positivos por SARS-CoV-2 (el virus que causa COVID-19). En caso de resultado grupal positivo, se lo notificaremos por teléfono o por correo electrónico.</i>			
Nombre del padre/madre/tutor:			
Núm. de celular del padre/madre/tutor:			
Correo electrónico del padre/madre/tutor:			
Información del menor/estudiante			
Nombre del menor/estudiante*:			
Grado:		Clase (si procede):	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)		Edad:	
¿Ha recibido el estudiante a su cargo un diagnóstico de COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="radio"/> Sí , el estudiante a mi cargo dio positivo en una prueba de COVID-19 en los últimos 90 días. (Nota: las personas que dieron positivo de COVID-19 en los últimos 90 días no deben participar en las pruebas colectivas).		
	<input type="radio"/> No , el estudiante a mi cargo no dio positivo en ninguna prueba de COVID-19 en los últimos 90 días.		

Al llenar y enviar este formulario, confirmo que soy el padre, la madre, el tutor o la persona legalmente autorizada para dar mi consentimiento y:

- A. Autorizo al estudiante* a mi cargo a participar en el programa de pruebas de COVID-19 colectivas que incluye la recogida semanal de muestras durante el horario escolar por parte del personal de la escuela y el posterior análisis por parte de Atlas Genomics.
- B. Entiendo que no recibiré el resultado individual del estudiante a mi cargo porque las pruebas se agruparán, y que nadie me podrá proporcionar los resultados individuales de las pruebas agrupadas. No se revelará a Atlas Genomics ningún dato personal de salud del estudiante a su cargo ni ningún dato de identificación personal del registro escolar en relación con la realización de las pruebas de COVID-19 colectivas.

Al llenar y enviar este formulario, confirmo que soy el padre, la madre, el tutor o la persona legalmente autorizada para dar mi consentimiento y:

- C. Entiendo que pueden producirse falsos positivos o falsos negativos en las pruebas de COVID-19, ya sean individuales o colectivas. Como es posible obtener un resultado negativo falso, entiendo que el estudiante a mi cargo deberá seguir todas las normas de salud respecto al COVID-19 (como el uso de mascarilla y el distanciamiento social) y todos los protocolos de la escuela en cuanto al aislamiento y la realización de pruebas adicionales si el estudiante a mi cargo tiene síntomas de COVID-19.
- D. Entiendo que el personal que administra las pruebas colectivas y de seguimiento ha recibido la capacitación adecuada sobre cómo administrar correctamente la prueba y seguirá todos los procedimientos de seguridad aplicables. Estoy de acuerdo en que ni el administrador de la prueba ni <<insert school or district name>>, ni ninguno de sus administradores, funcionarios, empleados ni patrocinadores son responsables de cualquier accidente o lesión derivado de la participación del estudiante en el programa de pruebas colectivas.
- E. Entiendo que el estudiante a mi cargo **debe** quedarse en casa si se siente mal. Entiendo que un resultado positivo de la prueba de seguimiento individual requiere que el estudiante a mi cargo se quede en casa, se aísle y continúe usando mascarilla o cubrebocas según lo indicado por la escuela o los funcionarios de salud pública.
- F. Entiendo que el sistema escolar no es ni actúa como proveedor médico del estudiante a mi cargo ni brindará consejos médicos, y que esta prueba no reemplaza el tratamiento médico del estudiante por parte de un profesional. Asumo la completa y total responsabilidad de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de las pruebas del estudiante a mi cargo y me comprometo a solicitar consejo médico, atención médica y tratamiento por parte de un proveedor médico si tengo preguntas o preocupaciones o si la salud del estudiante a mi cargo empeora. Entiendo que soy responsable financieramente de la atención médica que el estudiante a mi cargo reciba por parte de un médico.
- G. Entiendo que autorizar al estudiante a mi cargo a hacerse la prueba de COVID-19 es opcional y que puedo negarme a dar mi consentimiento, en cuyo caso, el estudiante a mi cargo no se hará la prueba.
- H. Entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento, pero que dicha retirada se aplicará únicamente a pruebas futuras, y no afectará a la información cuya divulgación autorice previamente. Para retirar esta autorización respecto a las pruebas de COVID-19, debo ponerme en contacto con la escuela del estudiante a mi cargo.

***A los efectos de este consentimiento, todas las referencias a “estudiante” hacen referencia también a cualquier persona que se haga la prueba y que no sea estudiante (empleados, personas del mismo hogar y otros).**

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos y los riesgos potenciales, y he recibido una copia de esta Autorización y Consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha explicado que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Autorizo voluntariamente al estudiante a mi cargo a

Al llenar y enviar este formulario, confirmo que soy el padre, la madre, el tutor o la persona legalmente autorizada para dar mi consentimiento y:
participar en las pruebas de COVID-19.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha