



FORMULARIO PERMISO DE PRUEBA COVID-19

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESCUELA: _____

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL : _____

DIRECCION : _____

NUMERO TELEFONICO: _____

El Departamento Escolar de Richland (El "Distrito") ha colaborado con el Departamento de Salud del estado de Washington (DOH) y el Distrito de Salud de Benton Frankling (BFHD) para ofrecer pruebas rápidas de COVID-19 a los estudiantes. El Distrito utiliza la prueba rápida de BinaxNOW. La prueba de BinaxOW utiliza hisopos nasales, lo cual es rápido y no causa dolor, y será administradas por uno mismo, bajo la supervisión de personal capacitado.

Usted tiene derecho a que cierta información con respecto a la salud y educación de su hijo(a) permanezca privada. El resultado de la prueba de BinaxNOW será usado con el propósito de procurar la salud y seguridad de los estudiantes y el personal relacionado con los casos de COVID-19 en nuestras escuelas.

Al firmar, usted le otorga autorización al Distrito de evaluar a su estudiante durante el año escolar 2021-2022. También confirma, que tiene la autoridad legal de determinar el quien reciba la información protegida con respecto a la salud y educacion perteneciente al estudiante. Por último, usted entiende que, conforme al Departamento de Salud del Estado (DOH), un estudiante con COVID-19 o síntomas de COVID-19 no puede presentarse a la escuela.

Firma del Padre/ Tutor Legal Fecha Firma del estudiante (18 años o mayor) Fecha

Nombre del Padre/ Tutor Legal Fecha Nombre del estudiante (18 años o mayor) Fecha

Permiso verbal para aplicar la prueba :

Nombre Padre/Tutor legal _____

Telefono # _____ Fecha/Hora _____

Testificado por (Dos (2) empleados de RSD deben testificar la autorización verbal)

Firma del empleado/Nombre/Puesto

Firma del empleado/Nombre/Puesto