



## Formulario de autorización para la prueba de COVID-19

### A LLENAR POR LOS PADRES/TUTORES:

Nombre del estudiante:	
Fecha de nacimiento del estudiante:	Edad:
Escuela:	Grado:
Nombre del padre/madre/tutor:	
Dirección:	
Teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Las Escuelas Públicas de Highline (Highline Public Schools), en colaboración del Departamento de Salud del Estado de Washington, ofrecen pruebas gratuitas de COVID-19 a los estudiantes, el personal y las familias de todo el distrito. Las pruebas consisten en la introducción poco profunda de un hisopo en la nariz. Son rápidas, no duelen y se autoadministrarán bajo la supervisión de una persona capacitada. Necesitamos su consentimiento informado para que el estudiante arriba mencionado (en adelante “mi estudiante”) pueda participar en las pruebas de COVID-19 de diagnóstico, detección y seguimiento.

### PERMISO PARA PRUEBAS DE DETECCIÓN (Atlas Genomics)

- Autorizo a mi estudiante a participar en el programa de pruebas colectivas de detección de COVID-19 que consiste en 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.
- Entiendo que no recibiré resultados individuales de mi estudiante y que dichos resultados individuales no se me pueden proporcionar. No se divulgará a Atlas Genomics información personal de salud de mi estudiante ni ningún dato personalmente identificable de los registros educativos en relación con la realización de las pruebas de COVID-19 colectivas.
- Entiendo que, en el caso de que se detecte un resultado positivo dentro de la cohorte de pruebas de detección de mi estudiante, los estudiantes de dicha cohorte deberán someterse a pruebas de seguimiento para determinar el caso o casos positivos.

### PERMISO PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO (Curative, Atlas Genomics y pruebas rápidas de antígenos BinaxNOW, supervisadas por el personal de Highline)

- Entiendo que, en el caso de que se detecte un resultado positivo dentro de la cohorte de pruebas de detección de mi estudiante, será necesario realizar pruebas de seguimiento para determinar el/los caso(s) positivo(s) mediante pruebas rápidas de antígenos BinaxNOW de Abbott Labs, pruebas PCR de Curative o pruebas PCR de Atlas Genomics. Las pruebas serán autoadministradas y supervisadas por personal escolar capacitado.
- Comprendo y reconozco que un resultado positivo de la prueba de diagnóstico supondrá el aislamiento del estudiante para evitar contagios.
- Con este consentimiento, autorizo a Atlas Genomics y/o Curative a divulgar los resultados de la prueba de COVID-19 de mi estudiante a Highline Public Schools. Esta información se usará para proteger la salud de nuestros estudiantes y empleados en la escuela durante la pandemia de COVID-19.
- Autorizo a Atlas Genomics, LLC, Curative Inc. y Curative Labs, LLC, según corresponda, a divulgar la información médica protegida de mi estudiante a Highline Public Schools.
- Afirmo que Highline Public Schools tienen la autoridad legal para determinar quién puede tener acceso a los datos protegidos tanto médicos como educativos de mi estudiante.
- Tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento, escribiendo a [support@curativeinc.com](mailto:support@curativeinc.com).
- Sin embargo, la cancelación de esta autorización por mi parte no se aplicará a las acciones que Atlas Genomics, LLC, Curative Inc., Curative Labs, LLC y/o el Dr. Sajad Zalzalá ya hayan tomado en relación con el intercambio de información médica protegida durante el periodo en que mi autorización estaba vigente.

### PERMISO PARA PRUEBAS DE COVID-19 (TODAS)

- Entiendo que las pruebas de COVID-19 tanto colectivas como individuales pueden dar falsos positivos o falsos negativos. Debido a la posibilidad de un resultado negativo falso, entiendo que mi estudiante deberá seguir todas las medidas de prevención de COVID-19, como el uso de la mascarilla y el distanciamiento social, así como los protocolos de la escuela en cuanto al aislamiento y la realización de pruebas, si mi estudiante presenta síntomas de COVID-19.
  - Entiendo que el personal que administra las pruebas colectivas y de seguimiento ha recibido la capacitación adecuada sobre cómo administrar correctamente la prueba en consonancia con todas las directrices de seguridad aplicables. Acepto que ni el administrador de la prueba ni Highline Public Schools, así como ninguno de los fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la entidad son responsables de cualquier accidente o lesión que pueda ocurrir por la participación de mi estudiante en el programa de pruebas.
  - Entiendo que el resultado de la prueba de antígenos estará disponible en 15-30 minutos.
  - Entiendo que mi estudiante **debe** quedarse en casa si se siente mal. Reconozco que un resultado positivo de la prueba de seguimiento individual requiere que mi estudiante se quede en casa, se aisle y continúe usando mascarilla o cubrebocas, según lo indicado por la escuela o los funcionarios de salud pública.
  - Entiendo que el sistema escolar no actúa como proveedor médico de mi estudiante ni proporciona consejos médicos, y que esta prueba no reemplaza el tratamiento médico de mi estudiante por parte de un profesional médico. Asumo la completa y total responsabilidad de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de las pruebas de mi estudiante y estoy de acuerdo en que pediré consejo, atención y tratamiento médico por parte del proveedor de atención médica de mi estudiante si tengo preguntas o preocupaciones o si el estado de salud de mi estudiante empeora. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier atención que mi estudiante reciba por parte de su proveedor de atención médica.
  - Entiendo que es mi responsabilidad informar al proveedor de atención médica de mi estudiante de un resultado positivo de la prueba, y que no se enviará ninguna copia al proveedor de atención médica de mi estudiante en mi nombre.
  - Entiendo que los resultados de la prueba serán revelados a las autoridades de salud pública pertinentes, a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública, y a quien proceda según lo permitido o requerido por la ley.
  - Entiendo que autorizar a mi estudiante para que se haga la prueba de COVID-19 es opcional y que puedo negarme a dar mi consentimiento, en cuyo caso, mi estudiante no se hará la prueba.
  - Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, pero que dicha cancelación se aplica solo a pruebas futuras, y no afectará a la información que ya autoricé que se divulgara. Para cancelar esta autorización de pruebas de COVID-19, debo ponerme en contacto con la escuela de mi estudiante.
- Doy mi consentimiento para que mi estudiante se someta a pruebas de detección semanales durante el año escolar 2021-2022. OPCIONAL PERO RECOMENDABLE.**

Al marcar esta casilla y firmar abajo, yo, el abajo firmante, afirmo que he sido informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos y los riesgos potenciales, y he recibido una copia de esta Autorización. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y se me dijo que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente autorizar a mi estudiante para que se haga las pruebas de detección de COVID. En el caso de que se detecte un positivo en la cohorte de pruebas colectivas de mi estudiante, autorizo a mi estudiante a participar en pruebas de diagnóstico de seguimiento adicionales según sea necesario.

- Doy mi consentimiento para que mi estudiante se someta a pruebas de diagnóstico durante el año escolar 2021-2022. OPCIONAL PERO RECOMENDABLE.**

Al marcar esta casilla y firmar abajo, acepto voluntariamente autorizar a mi estudiante para que se haga la prueba si tiene síntomas o estuvo expuesto a una persona con COVID-19 confirmado mediante PCR de Atlas Genomics, PCR de Curative, y/o pruebas rápidas de antígenos de BinaxNOW (Abbott Labs). Además, autorizo al Distrito Escolar a compartir la fecha de nacimiento de mi estudiante con Atlas Genomics, Curative y Abbott, según corresponda, con fines de identificación. Finalmente, entiendo que, según lo establecido por el Departamento de Salud del Estado de Washington, un estudiante con COVID-19 o síntomas de COVID-19 no puede asistir a la escuela en persona.



\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre/tutor legal**  
**O del estudiante (si es mayor de 18 años)**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre/madre/tutor legal**  
**O del estudiante (si es mayor de 18 años)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Recibido por el Distrito Escolar el:** \_\_\_\_\_  
**Fecha**

Puede consultar los formularios de consentimiento y de autorización para las pruebas de COVID-19 completos, así como información adicional sobre las pruebas específicas en:

<https://drive.google.com/drive/folders/1o02Y2va6Nl3cwldBFPoDIOPiUGvk3wOg?usp=sharing>