

Distrito de Escuelas Secundarias Comunitarias 155
SHIELD ILLINOIS
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTES PARA PRUEBAS
COVID-19 Y PUBLICACIONES DE REGISTRO

¿Qué hay en este formulario

Estamos solicitando su consentimiento para evaluar a su hijo para detectar la infección por COVID-19. El Distrito de Escuelas Secundarias Comunitarias 155 ("Distrito Escolar") se ha asociado con la Universidad de Illinois para evaluar a los estudiantes y al personal del Distrito Escolar para detectar la infección por COVID-19 usando la prueba rápida rtPCR de la Universidad de Illinois ("Prueba SHIELD"). El Distrito Escolar alienta fuertemente la participación, pero el consentimiento para las pruebas es completamente voluntario y no se administrará a menos que este formulario esté firmado.

¿Con qué frecuencia se le hará la prueba a su hijo(a)?

Su hijo(a) será evaluado en un horario determinado por el Distrito Escolar. En este momento, el Distrito Escolar anticipa que realizará pruebas al menos 1 vez por semana.

¿Qué es la prueba?

Si da su consentimiento, su hijo(a) recibirá una prueba SHIELD gratuita, que es una prueba del virus COVID-19 que se realiza mediante la recolección de saliva (escupir). La Universidad de Illinois ha contratado el Apoyo de Recursos Humanos para facilitar y administrar las pruebas SHIELD.

¿Cómo sabré si mi hijo(a) da positivo?

La Universidad de Illinois proporcionará todos los resultados de las pruebas al Distrito Escolar. Si los resultados de su estudiante son positivos, el Distrito Escolar, el Departamento de Recursos Humanos u otro contratista de la Universidad de Illinois se comunicaran con usted. **No será contactado si los resultados de su estudiante son negativos.**

¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo(a)?

Si los resultados de la prueba de su hijo(a) son positivos, comuníquese con el médico de su hijo(a) de inmediato para revisar los resultados de la prueba y discutir los próximos pasos. Su hijo(a) debe estar en cuarentena de acuerdo con la orientación del Departamento de Salud Pública de Illinois.

Si los resultados de la prueba de su hijo(a) son negativos, esto significa que el virus COVID-19 no se detectó en la saliva de su hijo(a). Las pruebas a veces producen resultados negativos incorrectos llamados "falsos negativos" en personas que tienen COVID-19. Si su hijo(a) da negativo pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa la exposición de su hijo(a) al COVID-19, debe llamar al médico de su hijo(a) y ponerlo(a) en cuarentena de acuerdo con la orientación del Departamento de Salud Pública de Illinois.

¿Quién recibirá los resultados de la prueba de mi hijo(a)?

Los resultados de las pruebas estarán disponibles para cualquier empleado del Distrito Escolar con un interés educativo legítimo, de acuerdo con la *Ley de Expedientes Escolares de Estudiantes de Illinois*. Además, el Distrito Escolar compartirá la siguiente información de la manera que se describe a continuación:

- El Distrito Escolar puede compartir lo siguiente con el Departamento de Salud Pública de Illinois y el Departamento de Salud del Condado de McHenry: los resultados positivos y negativos de las pruebas de su estudiante, el nombre, la fecha de nacimiento, el sexo, la raza, etnicidad y la dirección. El propósito de esto es facilitar el rastreo de contactos y para fines de informe.

· El Distrito Escolar puede compartir lo siguiente con la Universidad de Illinois y el Apoyo de Recursos Humanos u otro contratista de la Universidad de Illinois: las muestras de su estudiante, los resultados positivos y negativos de las pruebas, el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección, el sexo, el número de identificación del estudiante, dirección de correo electrónico, teléfono móvil, escuela, raza y etnicidad. El propósito de esto es facilitar el procedimiento y los resultados de las pruebas, el rastreo de contactos y el seguimiento del uso de las pruebas.

· El Distrito Escolar puede compartir los resultados positivos y negativos de las pruebas y la información del estudiante con el estudiante y su padre/tutor y según lo permita la ley o la guía.

Al firmar a continuación, acepto que:

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) se haga la prueba de la infección por COVID-19 usando la Prueba SHIELD de la Universidad de Illinois como se describe en este Formulario de Consentimiento, incluyendo la administración de la prueba por parte del Apoyo de Recursos Humanos u otro contratista de la Universidad de Illinois.

Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo(a) y otra información pueden divulgarse según lo permita la ley, la guía y como se describe anteriormente.

· He firmado este formulario libre y voluntariamente y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el niño(a) mencionado anteriormente. Asumo y acepto consciente y voluntariamente todos los riesgos asociados con la participación de mi hijo(a) en la Prueba SHIELD. Entiendo que estos riesgos incluyen posibles lesiones, enfermedades, reacciones alérgicas y otros riesgos potenciales de los que actualmente no soy consciente. También reconozco que los resultados de una Prueba SHIELD pueden no ser suficientes para detectar o descartar la posibilidad de que mi hijo(a) haya estado expuesto o esté infectado con COVID-19 y que existe la posibilidad de un resultado de prueba falso positivo o falso negativo. Las Pruebas SHIELD no reemplazan el tratamiento del proveedor médico de mi hijo(a) y asumo completa y totalmente la responsabilidad de tomar medidas con respecto a los resultados de las pruebas de mi hijo(a).

· En consideración a la participación de mi hijo(a) en la Prueba SHIELD sin costo, Yo (Padre/Tutor) en mi nombre y en el de mi estudiante y mis agentes, representantes, cesionarios, herederos y sucesores, por la presente renuncio, libero, indemnizo, eximo de responsabilidad y pacto de no demandar al Distrito Escolar y la Junta de Educación, miembros individuales de la Junta, empleados, agentes, representantes voluntarios, aseguradores y cesionarios y todos y cada uno de ellos de y contra todos y cada uno de los reclamos, demandas, responsabilidades y causas de acción, ya sean conocidas o desconocidas, pasadas, presentes o futuras incluyendo entre otros, todos y cada uno de los costos, gastos, honorarios de abogados, por razón de lesión, enfermedad, reacción alérgica, daño a la propiedad, pérdida o muerte que surja de, en conexión con, o de cualquier manera relacionada con la participación de mi hijo(a) en la Prueba SHIELD, incluyendo los resultados falsos de la prueba y cualquier consejo médico resultante, curso de tratamiento o diagnóstico relacionado con el intercambio de información de los resultados de las pruebas de mi estudiante o información de identificación.

Entiendo que este formulario de consentimiento será válido hasta el 30 de junio de 2022, a menos que notifique por escrito a la persona de contacto designada que la escuela de mi hijo(a) revocó mi consentimiento.

Si soy un estudiante de 18 años o más, o puedo dar mi consentimiento legal para mi propia atención médica, las referencias a "mi hijo(a)" o "mi estudiante" se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi propio nombre.

Distrito de Escuelas Secundarias Comunitarias 155
SHIELD ILLINOIS
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTES PARA PRUEBAS
COVID-19 Y PUBLICACIONES DE REGISTRO

Por favor indique cada uno de tus estudiantes a continuación:

| Nombre del Estudiante (Por favor imprime claramente cada nombre) | Número de Identificación del Estudiante (Si lo sabes) |
|--|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

Firma del Padre/Tutor (o estudiante si tiene 18 años)

| Nombre del Padre (letra de imprenta) | Firma del Padre | Fecha |
|--------------------------------------|-----------------|-------|
| | | |

Por favor indique a cada uno de sus estudiantes a continuación

| Nombre del Estudiante (escriba claramente con letra de imprenta cada nombre) | Número de Identificación del Estudiante (si lo conoce) |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

Firma del padre/tutor (o del estudiante si tiene 18 años)

| Nombre del Padre (en letra de imprenta) | Firma del Padre | Fecha |
|---|-----------------|-------|
| | | |

Por favor, firmelo e imprímalo, luego tome una foto con su teléfono y envíela por correo electrónico a sendform@d155.org. Si no desea en viar el formulario electrónicamente, entréguelo al vice principal de la escuela.