



Formulario de Autorización para la Prueba Rápida de Antígenos de COVID-19 2021-22

Nombre:	# de identificación del estudiante:
Escuela:	Fecha de nacimiento:
Nombre del padre/tutor legal [si aplica]:	
Dirección:	
Número de teléfono: ()	Correo electrónico:

Por favor lea cuidadosamente el siguiente aviso de autorización informada y firme la autorización para la prueba de COVID-19.

1. Entiendo que la prueba de COVID-19 de la persona mencionada arriba será llevada a cabo a través de una prueba de Laboratories BinaxNOW de antígenos entregada al Distrito Escolar de Kennewick por el Departamento de Salud del Estado de Washington y reconozco que se me entrego la *Hoja de información para los pacientes de BinaxNOW* para la prueba.
2. Entiendo que la habilidad de la persona mencionada arriba de recibir la prueba esta limitada a la disponibilidad de los materiales de pruebas.
3. Entiendo que la entidad administrando esta prueba no está actuando como proveedor médico de la persona mencionada arriba. Las pruebas no reemplazan el tratamiento por un proveedor médico. Yo asumo completa y total responsabilidad de tomar medidas apropiadas de acuerdo con los resultados de la prueba, incluyendo buscar orientación, cuidados y tratamiento médico de un proveedor médico u otra entidad de cuidados de salud si tengo pregunta so inquietudes/preocupaciones, si la persona mencionada arriba desarrolla síntomas de COVID-19, o si la condición de la persona mencionada arriba empeora.
4. Entiendo que, como con cualquier otra prueba médica, hay la posibilidad de un resultado positivo falso o negativo falso de los resultados de COVID-19.
5. Entiendo que es mi responsabilidad de informar al proveedor de cuidados médicos de la persona mencionada arriba de un resultado positivo, y que no se enviará una copia de los resultados no será enviada por mí al proveedor de cuidados médicos.
6. Entiendo que los resultados de la prueba de antígenos estarán disponibles en 15 a 20 minutos.
7. Entiendo y reconozco que un resultado positivo en la prueba de antígenos es un indicador que la persona mencionada arriba necesita aislarse para evitar el contagio a otras personas.
8. Me han informado del objetivo, procedimientos y posibles riesgos y beneficios de la prueba. Tendré la oportunidad de hacer preguntas antes de continuar con la prueba de COVID-19. Entiendo que si no deseo que la persona mencionada arriba continúe con la prueba de diagnostico de COVID-19, puedo rechazar la prueba.
9. I understand and acknowledge that a positive antigen test result is an indication that the above-named person needs to self-isolate to avoid infecting others.
10. Entiendo que para asegurar la salud y seguridad del publico y controlar la propagación de COVID-19, los resultados de la prueba pueden ser compartidos sin mi autorización individual.
11. Entiendo que los resultados de la prueba serán compartidos a las autoridades de salud pública correspondientes, la Oficina del Superintendente de Educación Pública, y de otra manera permitido o requerido por la ley.
12. Entiendo que puedo revocar mi autorización a la prueba en cualquier momento antes de que se lleve a cabo.

AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE COVID-19

	Autorizo que se le administre la prueba de COVID-19 a la persona mencionada arriba.
	Doy mi autorización para administrar la prueba de antígenos de COVID-19 en ocasiones con mi autorización verbal durante el ciclo escolar 2021-22.

Iniciales

Firma del padre/tutor legal

Fecha