

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA LAS PRUEBAS OPCIONALES DE COVID-19**A SER COMPLETADO POR LOS PADRES O TUTORES****Información de los padres/tutores**

No se le notificarán los resultados del control de seguridad COVID-19 de rutina (anteriormente denominado "prueba agrupada"), pero se le notificarán los resultados de las pruebas individuales por teléfono o por correo electrónico.

- Si su estudiante ha dado positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos 90 días, aún no debe participar en la prueba de COVID-19 para evitar falsos positivos.
- Se recomienda encarecidamente a las personas no vacunadas que participen en los controles de seguridad rutinarios de COVID.
- Las personas vacunadas pueden participar en los chequeos de seguridad rutinarios de COVID.

Padre/Madre/Tutor Nombre en letra de molde:	
Nro. teléfono móvil/celular de padre/madre/tutor.: <i>Nota: los resultados se enviarán por mensaje de texto a este #</i>	
Padre/Madre/Tutor Dirección de correo electrónico:	

Información del niño/estudiante

Nombre en letra de molde del niño/estudiante:			
Nivel de grado:			
Fecha de nacimiento: <i>(MM/DD/AAAA)</i>		Edad:	
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	
Raza (elija una):	<input type="checkbox"/> Indígena Americano/a o Nativo/a de Alaska Asiático <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái o las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo		
Etnia (elija una):	<input type="checkbox"/> Hispana o Latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo	Sexo:	<input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
Exclusión del consentimiento	<input type="checkbox"/> Sí , Doy mi consentimiento para que mi estudiante participe en las pruebas COVID-19 (<i>por favor, lea y firme el siguiente formulario</i>) <input type="checkbox"/> No , No doy mi consentimiento para que mi estudiante participe en las pruebas COVID-19. (<i>No se necesita ninguna otra acción</i>)		

CONSENTIMIENTO

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

- A. Autorizo la recogida y el análisis de una muestra de mi estudiante para COVID-19 en la escuela, ya sea para una prueba individual (por ejemplo, prueba individual de antígeno o PCR) o para un control rutinario de seguridad de COVID (prueba combinada). Al firmar este formulario, doy mi consentimiento a cualquiera de los siguientes métodos de prueba a los que se puede someter a mi estudiante. Entiendo que la escuela de mi estudiante determinará qué métodos de prueba se ofrecen a mi estudiante y me informará de los servicios que la escuela está administrando antes del inicio o de cualquier cambio en el programa de pruebas COVID-19 de la escuela. En el Apéndice A se ofrecen más detalles sobre los tipos de pruebas.
- Pruebas individuales en individuos sintomáticos: para cuando los individuos presentan síntomas mientras están en la escuela
 - Pruebas individuales en contactos cercanos (prueba y quedarse): para que los contactos cercanos asintomáticos sean sometidos a pruebas diarias durante al menos cinco (5) días a partir del primer día de exposición, y que los individuos que den negativo puedan permanecer en la escuela

- iii. Chequeo rutinario de seguridad de COVID-19 (anteriormente denominado "pruebas combinadas"): para las pruebas rutinarias se recoge un grupo de muestras y se realiza una prueba en el grupo, por eficiencia, con pruebas individuales que se realizan en las mismas muestras individuales en el laboratorio o en nuevas muestras de los individuos del grupo.
- B. Entiendo que todos los tipos de muestras serán no invasivas, hisopos nasales cortos o muestras de saliva.
- C. Comprendo que un control de seguridad COVID-19 de rutina (anteriormente denominado pruebas combinadas) puede arrojar resultados individuales, y que los resultados individuales de mi estudiante dentro de un control de seguridad no pueden ser compartidos conmigo. Sin embargo, entiendo y acepto que la información personal de salud de mi estudiante y la información de identificación personal de los registros de educación pueden ser introducidos en la plataforma tecnológica del proveedor de pruebas para ayudar a rastrear las pruebas de control de seguridad e identificar a las personas que necesitan pruebas de seguimiento individuales.
- D. Entiendo que seré notificado sobre los resultados de cualquier prueba individual para COVID-19 realizada a mi estudiante.
- E. Entiendo que existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo en la prueba COVID-19, independientemente del tipo de prueba que se realice. Dado el potencial de un falso negativo, entiendo que mi estudiante debe seguir todas las orientaciones de seguridad de COVID-19 y seguir los protocolos de la escuela para el aislamiento y las pruebas en caso de que el estudiante desarrolle síntomas de COVID-19.
- F. Entiendo que el personal que administra todas las pruebas COVID-19 ha recibido formación sobre la administración segura y adecuada de las pruebas. Estoy de acuerdo en que ni el administrador de la prueba ni Keefe Tech High School, ni ninguno de sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de ningún accidente o lesiones que puedan ocurrir por la participación en el programa de pruebas de COVID-19.
- G. Entiendo además que mi estudiante **deberá** permanecer en casa si se siente mal. Reconozco que un resultado positivo de la prueba **individual** es una indicación de que mi estudiante debe quedarse en casa y no ir a la escuela, aislarse y seguir usando una máscara o un protector facial según las indicaciones, en un esfuerzo por evitar contagiar a otras personas.
- H. Entiendo que el sistema escolar no está actuando como proveedor médico de mi estudiante, que esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor médico de mi estudiante, y asumo la completa y total responsabilidad de tomar las acciones apropiadas con respecto a los resultados de la prueba de mi estudiante. Acepto solicitar asesoramiento, atención y tratamiento médico del proveedor de servicios médicos de mi estudiante si tengo preguntas o preocupaciones, o si su estado empeora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cuidado que mi estudiante reciba de su proveedor de salud.
- I. Entiendo que las pruebas de COVID-19 pueden crear información de salud protegida (PHI) y otra información de identificación personal del estudiante, y dicha información solo será accedida, utilizada y divulgada de acuerdo con la HIPAA y la ley aplicable. De conformidad con el artículo 45 CFR 164.524(c)(3), autorizo y ordeno al proveedor de las pruebas que transmita dicha PHI a la escuela de mi estudiante, al Departamento de Salud Pública de Massachusetts, a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts y al laboratorio de pruebas. Entiendo además que la PHI puede ser revelada a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y a cualquier otra parte, según lo autorizado por la HIPAA.
- J. Entiendo que la participación en las pruebas de COVID-19 puede requerir que mi escuela revele la identidad de mi estudiante, su información demográfica y sus datos de contacto en los registros educativos al proveedor de las pruebas y pudiera requerir que la escuela revele la identidad de mi estudiante, su información demográfica y sus datos de contacto en los registros educativos al Departamento de Salud Pública de Massachusetts. De conformidad con la ley FERPA, 34 CFR 99.30, autorizo a mi escuela a divulgar dicha información de identificación personal (PII, por sus siglas en inglés) que sea necesaria para la participación de mi estudiante en las pruebas de COVID-19.
- K. Entiendo que autorizar estas pruebas de COVID-19 para mi estudiante es opcional y que puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, mi estudiante no será sometido/a a la prueba.
- L. Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es sólo de carácter prospectivo y no afectará a la información que ya haya difundido previamente. Para cancelar este permiso para las pruebas de COVID-19, necesito contactar a Keefe Tech Health office, 508-416-2263.
- M. Autorizo al proveedor de las pruebas y/o el Departamento de Salud Pública de Massachusetts a controlar aspectos del virus COVID-19, como el seguimiento de las mutaciones virales, mediante el análisis de muestras

positivas con fines epidemiológicos y de salud pública. Los resultados de dichos análisis no serán identificables personalmente ni crearán información personal que pueda establecer la identidad.

Yo, el infrascrito, he sido informado sobre el propósito de la prueba de COVID-19, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Consentimiento Informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba de COVID-19 para mi estudiante.

Firma de padre/madre/tutor:		Fecha:
------------------------------------	--	---------------

APÉNDICE A: POSIBLES TIPOS DE PRUEBAS

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento a cualquiera de los siguientes métodos de prueba a los que se puede someter a mi estudiante. Entiendo que la escuela de mi estudiante determinará qué métodos de prueba se ofrecen a mi estudiante y me informará de los servicios que la escuela está administrando antes del inicio o de cualquier cambio en el programa de pruebas COVID-19 de la escuela.

Pruebas individuales:

Pruebas sintomatológicas: (para cuando los individuos presentan síntomas mientras están en la escuela; los individuos no deben ir a la escuela si experimentan síntomas mientras están en casa): Las muestras de hisopos nasales poco profundos se recogen en la escuela mediante una prueba de diagnóstico aprobada.

“Prueba y quedarse” (pruebas para contactos cercanos): Las muestras de hisopos nasales poco profundos se recogen en la escuela mediante una prueba de diagnóstico aprobada. Las pruebas se administran diariamente desde el primer día de la exposición por al menos cinco (5) días, con los individuos que dan negativo se les permite permanecer en la escuela

Chequeos de seguridad rutinarios de COVID:

Tenga en cuenta que ahora utilizamos la terminología "controles rutinarios de seguridad COVID" para describir lo que antes llamábamos "pruebas combinadas". Las pruebas de seguimiento son pruebas de diagnóstico individuales que identifican al individuo o individuos positivos en un chequeo de seguridad COVID positivo.

Chequeo de seguridad y pruebas de seguimiento en la escuela: Las muestras de hisopos nasales poco profundos se recogen en la escuela y se introducen en un solo tubo (un máximo de 10 muestras por tubo). Si o en caso de que un grupo dé positivo, se realizan pruebas de seguimiento individuales con una segunda recogida de muestras en la escuela con pruebas rápidas y/o individuales de PCR, según sea necesario.

Chequeo de seguridad y pruebas de seguimiento en laboratorio: Las muestras de saliva o de hisopos nasales poco profundos se recogen y se guardan por separado antes de ser agrupadas en el laboratorio. Si un grupo da positivo, la prueba de seguimiento individual se realiza en el laboratorio, sin necesidad de una segunda recogida de muestras.