

Formulario de consentimiento para la prueba de COVID-19

| |
|---|
| Persona que se someterá a la prueba (nombre del estudiante o empleado): |
| Fecha de nacimiento del estudiante/empleado: |
| Grado: |
| Escuela: |
| Nombre impreso del padre/tutor (si el estudiante es menor de edad): |
| Dirección de correo electrónico: |
| Domicilio: |
| Número telefónico: |
| ¿Se le diagnosticó COVID-19 al estudiante/empleado en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> SÍ (Nota: las personas que dieron positivo por COVID-19 en los últimos 90 días <u>no deben</u> hacerse la prueba PCR) <input type="checkbox"/> NO |

Por favor, lea atentamente el siguiente aviso de consentimiento informado y firme la autorización para realizarse la prueba de COVID-19. Cada participante debe leer y firmar este formulario antes de formar parte del programa de pruebas. Si el participante es menor de edad (menor de 18 años), el padre o tutor legal deberá leer, firmar y devolver este formulario antes de que el menor pueda participar en el programa de pruebas.

1. Autorizo a la persona mencionada más arriba (mi hijo/a menor de edad o yo mismo) a participar en el programa de pruebas de COVID-19 de la escuela, incluyendo la recolección de muestras durante las horas de clase por parte del personal escolar, u otro personal apropiadamente designado, y la realización de pruebas descritas en este formulario de consentimiento.
2. Entiendo que dicha prueba de COVID-19 se llevará a cabo mediante: 1) una prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) individual o combinada; 2) una prueba individual rápida de antígenos o una prueba de amplificación isotérmica mediada por bucle (LAMP, por sus siglas en inglés); o 3) alguna otra tecnología con precisión similar, conforme lo autorizado por el Departamento de Salud Pública del Estado de Washington.
3. Entiendo que para las pruebas de antígenos, PCR o LAMP, se recolectará una muestra mediante la inserción de un hisopo a poca profundidad en la nariz del participante (el propio participante podrá extraerse la muestra), y que, si se realiza según lo indicado, los riesgos potenciales pueden incluir molestias por la inserción del hisopo. El participante puede tener la opción de recolectar su(s) propia(s) muestra(s) siguiendo las instrucciones, o solicitar la ayuda de un administrador de la prueba en el sitio, según disponibilidad. En caso de sufrir irritación, será breve. Puede encontrar más información sobre la técnica utilizada en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/testing/How-To-Collect-Anterior-Nasal-Specimen-for-COVID-19.pdf>
4. Entiendo que el personal que administrará la prueba está capacitado para hacerlo correctamente, siguiendo todas las normas de seguridad aplicables. Al completar y enviar este formulario, confirmo que estoy autorizado a dar este consentimiento en nombre de la persona que se someterá a la prueba. Además, acepto que el administrador o administradores de la prueba, el laboratorio que la realice, el distrito escolar, así como los administradores, funcionarios, empleados, gerentes, patrocinadores de la organización u otro personal de dichas partes, no serán responsables de ningún accidente o lesión que pueda ocurrir a raíz de la participación de cualquier persona en el programa de pruebas.
5. Entiendo que se me comunicarán los resultados de cualquier prueba diagnóstica individual de COVID-19 realizada a mi hijo/a (o, en el caso de empleados o estudiantes que no sean menores de edad, a mí), también si se indican pruebas de seguimiento en caso de que la prueba combinada muestre un resultado positivo en un grupo analizado.
6. Entiendo que la capacidad de los participantes para realizarse las pruebas se limita a la disponibilidad de los suministros necesarios para las pruebas.
7. Entiendo que el laboratorio u otra entidad que realiza la prueba no actúa como proveedor médico para ningún participante, y que la prueba no sustituye el tratamiento por parte de un proveedor médico. Asumo completa y

- plena responsabilidad de tomar las medidas apropiadas tras la recepción de los resultados de la prueba, incluyendo la búsqueda de consejo, atención y tratamiento por parte de un proveedor médico u otra entidad de salud, si tengo preguntas o preocupaciones, si desarrollo síntomas de COVID-19 o si mi estado de salud empeora.
8. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de que se produzca un resultado falso positivo o falso negativo en la prueba de COVID-19. Debido a la posibilidad de un resultado falso negativo, entiendo que todas las personas que se someten a la prueba deben seguir cumpliendo con todas las normas de seguridad relativas al COVID-19, incluyendo el uso de mascarilla y el distanciamiento social, y deben seguir los protocolos de la escuela de aislamiento y realización de pruebas si se observa cualquier síntoma que indique una posible infección por COVID-19. Puede encontrar más información en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
 9. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi proveedor médico sobre un resultado positivo (ya sea para mí o para mi hijo/a), y que no se le enviará una copia a ningún proveedor médico por otra parte.
 10. Entiendo que en la mayoría de las circunstancias, el resultado de la prueba de antígenos estará disponible en un plazo de 15 a 30 minutos, el resultado de la prueba LAMP en aproximadamente 1 hora, y que se espera disponer de los resultados de la prueba PCR en aproximadamente 24 o 72 horas; pero cada situación individual puede ser diferente.
 11. Entiendo y reconozco que un resultado positivo en la prueba de COVID-19 significará que la persona permanezca en casa y no asista a la escuela. También deberá seguir usando mascarilla o cubrebocas, según lo indicado por la escuela o los funcionarios de salud pública, para evitar infectar a otros.
 12. Se me ha informado acerca del propósito de la prueba, los procedimientos y los posibles riesgos y beneficios. Tendré la oportunidad de hacer preguntas antes de proceder con la prueba de COVID-19. Entiendo que si no deseo someterme a la prueba de COVID-19, puedo rechazarla tanto para mí como para mi hijo/a.
 13. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, pero que dicha cancelación es aplicable solamente a pruebas futuras, y no afectará a la información cuya divulgación autorice previamente. Para cancelar esta autorización, debo ponerme en contacto con mi escuela por escrito. La autorización permanecerá en vigencia a menos que la revoque por escrito.
 14. Entiendo que para garantizar la salud y la seguridad públicas y para controlar la propagación del COVID-19, los resultados de las pruebas se pueden compartir sin mi autorización individual.
 15. Entiendo que los resultados de las pruebas serán revelados a las autoridades de salud pública pertinentes, a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública, a la escuela u organización a la que asiste o de la que forma parte el participante de la prueba, al contratista de la prueba y al laboratorio de procesamiento, y otros terceros según lo permita o exija la ley.
 16. Entiendo que la participación en las pruebas puede requerir que la escuela revele la identidad de la persona, su información demográfica y los datos de contacto incluidos en los registros escolares al proveedor o proveedores de las pruebas. De acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés), 34 CFR 99.30, autorizo a la escuela a revelar la información relativa a mi hijo/a (o, en el caso de los empleados de la escuela, relativa a mí) que sea necesaria para participar en las pruebas.
 17. Entiendo que las pruebas de diagnóstico de seguimiento pueden requerir la divulgación de información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y otra información de identificación personal de los individuos que se someten a las pruebas. En la medida en que así sea, de acuerdo con el 45 CFR 164.524(c)(3), autorizo y ordeno al proveedor de las pruebas que transmita dicha información a la escuela de mi hijo/a, al Departamento de Salud del Estado de Washington y a laboratorio de procesamiento. Además, entiendo que dicha información de identificación personal puede ser revelada al Departamento de Salud y Servicios Humanos, y a cualquier otra parte según lo autorice la ley aplicable.
 18. Entiendo que si soy un estudiante de 18 años de edad o mayor, o si estoy legalmente autorizado a dar mi consentimiento para mi propia atención médica, las referencias a «mi hijo/a» corresponden a mí y puedo firmar este formulario en mi propio nombre.

AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE COVID-19

- He leído la información anterior sobre el programa de pruebas, la descripción de las muestras que se recolectarán y los posibles riesgos de la prueba, y autorizo voluntariamente la participación de mi hijo/a menor de edad en el programa de pruebas. Entiendo que esta información también se me puede proporcionar si la solicito por escrito a la escuela u organización de mi hijo/a. Autorizo al estudiante menor de edad mencionado más arriba a someterse a la prueba de COVID-19.

Firma del padre/tutor

Fecha

- He leído la información anterior sobre el programa de pruebas, la descripción de las muestras que se recolectarán y los posibles riesgos de la prueba, y doy mi consentimiento voluntario para participar en el programa de pruebas. Entiendo que esta información también se me puede proporcionar si la solicito por escrito a mi escuela u organización. Doy mi consentimiento para someterme a la prueba de COVID-19.

Firma del estudiante (si es mayor de 18 años) o empleado

Fecha