



<https://www.simplereport.gov/app/register/8AR62>

Registro de Consentimiento y Administración

Kaufman ISD COVID-19 CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS EN LA ESCUELA Gen Body Covid-19 Ag

Kaufman ISD está utilizando este formulario para recibir su consentimiento para administrar la prueba de COVID-19 a su hijo/a, y para compartir los datos recopilados con las autoridades pertinentes.

¿Que es la prueba?

Con su consentimiento, su hijo/a recibirá una prueba de diagnóstico gratuita para detectar el virus que causa COVID-19. La recolección de una muestra para la prueba implica la inserción de un hisopo pequeño, similar a un hisopo de algodón, en ambas fosas nasales. La prueba GenBody Covid-19 Ag se usa actualmente en KISD.

¿Cómo me enteraré de los resultados de la prueba?

Si su hijo tiene una muestra recolectada para la prueba en la escuela, se le notificará el resultado de la prueba o se le informará cómo se recibirá el resultado de la prueba (por ejemplo: por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico).

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

Si la prueba es positiva, significa que se detectó el virus en la muestra de su hijo. Recibirá noticias de la escuela de su hijo o de un profesional capacitado acerca de esta prueba. Se le pedirá que recoja a su hijo y se le proporcionará información sobre cómo mantener a su hijo en casa, hacer un seguimiento con su proveedor de atención médica y cuándo su hijo puede regresar a la escuela.

Si los resultados de su hijo/a son negativos, esto significa que el virus no fue detectado en la muestra de su hijo/a en este momento. Se le pedirá que siga las indicaciones provistas por la enfermera de su escuela después del resultado de esta prueba.

INFORMACIÓN DE CONTACTO – Completar por el padre/tutor o estudiante (si es mayor de 18 años) – Usar letra de molde			
Apellido del Estudiante:		Nombre del Estudiante:	
Domicilio:		Ciudad:	Estado:
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA):	Edad:	Número del Estudiante- ID:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Other _____			
Raza: (marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro Americano o Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Multirracial			Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispanic <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Apellido del Padre/Tutor:		Nombre de Padre/Tutor:	
		Teléfono:	

Al firmar a continuación, doy fe de que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el niño mencionado anteriormente.
- Acepto que la escuela puede notificar a mi hijo de los resultados de la prueba.
- Doy mi consentimiento para que mi hijo se haga la prueba de COVID-19 cuando sea necesario y entiendo que mi hijo puede hacerse la prueba varias veces.
- Doy mi consentimiento para que mi hijo sea evaluado por el personal de la escuela, el personal de atención médica contratado, el personal del Departamento de Salud Local y Tribal y/u otro personal capacitado según lo indique la escuela. Entiendo que si mi hijo tiene entre 14 y 17 años, se le pedirá que dé su consentimiento verbal para hacerse la prueba.
- Entiendo que este formulario de consentimiento será válido del 15 de agosto de 2022 al 29 de mayo de 2023, a menos que notifique por escrito a la persona de contacto designada de la escuela de mi hijo que deseo revocar mi consentimiento.
- Entiendo que los resultados de las pruebas pueden compartirse con la escuela, el médico que ordenó, el condado y otras autoridades de salud pública locales, estatales y federales, así como con otros socios de pruebas según lo permita la ley.
- Entiendo que 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" se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi propio nombre.

Visite la página web de CDC sobre el coronavirus para obtener más información sobre la enfermedad y para mantener su seguridad y la de su familia.:

www.cdc.gov/coronavirus

FIRMA – Padre/Tutor o Estudiante (mayor de 18 años):

Fecha: