

Formulario de autorización general del COVID-19

Para ser rellenado por el padre de familia o tutor

Información del padre de familia o tutor

Nombre del padre de familia o tutor en letra de molde:	
Núm. de teléfono móvil del padre de familia o tutor:	
Correo electrónico del padre de familia o tutor:	

Información del estudiante

Nombre del estudiante:			
Dirección:		Ciudad:	
Código postal:		Condado:	
Fecha de nac. :(MM/DD/AAAA)		Nivel de grado:	

Autorización

Al rellenar este formulario y devolverlo a la escuela, confirmo que soy el padre de familia o tutor del estudiante antes mencionado y que otorgo mi autorización para que se someta a la prueba del Covid-19, la cual será llevada por el mismo estudiante mediante la introducción de un hisopo nasal poco profundo. Esta autorización es válida por un año a menos que sea revocado por escrito. La prueba de COVID-19 puede aplicarse al estudiante bajo tres circunstancias: (1) si mi estudiante desarrolla nuevos síntomas del COVID-19 mientras se encuentra en la escuela; (2) si mi estudiante estuvo expuesto al COVID-19 en la escuela y el departamento de salud pública local recomienda que se realice la prueba; (3) Si mi estudiante requiere la prueba del COVID-19 para participar en actividades extracurriculares (solo aplica cuando la ubicación de la actividad requiere resultados negativos de la prueba del COVID-19); (4) No otorgo mi autorización al personal escolar para aplicar la prueba del COVID-19 al estudiante en la escuela. Comprendo que puedo otorgar o negar mi consentimiento para cualquier tipo de pruebas.

Entiendo que la prueba del COVID-19 para mi estudiante es opcional y puedo negar mi autorización; y en ese caso mi estudiante no será sometido a la prueba. Comprendo que mi estudiante debe permanecer en casa si se siente enfermo.

Comprendo que las Autoridades Sanitarias de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés), han ordenado dichas pruebas. Entiendo que ni la OHA o la escuela son los proveedores de salud de mi estudiante y esta prueba no reemplaza el tratamiento médico para mi estudiante por parte de su proveedor de salud; además, asumo la total y completa responsabilidad y tomaré las medidas necesarias y adecuadas en base a los resultados de la prueba de mi estudiante.

Entendido que sigue siendo mi responsabilidad buscar asesoramiento médico, los cuidados y el tratamiento para mi estudiante con su proveedor de salud.

Comprendo que existe la posibilidad de que la prueba del COVID-19 arroje un resultado falso negativo y que mi estudiante pueda aun estar contagiado con el COVID-19 si el resultado es negativo. También, comprendo que si la prueba del COVID-19 de mi estudiante resulta positiva, el resultado de dicha prueba será reportado a las autoridades sanitarias locales como lo requiere la ley.

La información personal de salud no será revelada sin la autorización por escrito excepto cuando lo requiera la ley.

Autorización

- ☐ Otorgo autorización al personal escolar para aplicar la prueba del COVID-19 a mi estudiante si presenta síntomas en la escuela.
- ☐ Otorgo autorización al personal escolar para aplicar la prueba a mi estudiante si ha estado expuesto al COVID-19 en su entorno escolar y dicha prueba ha sido recomendada por las autoridades sanitarias locales.
- ☐ Otorgo autorización al personal escolar para aplicar la prueba del COVID-19 a mi estudiante si dicha prueba es necesaria para sus actividades extracurriculares.
- ☐ No otorgo autorización al personal escolar para la aplicación de la prueba del COVID-19 a mi estudiante en su escuela.

Firma del padre o tutor

Fecha