

# Formulario de consentimiento para prueba rápida de antígeno COVID-19

5<sup>o</sup> día de Retomar la prueba

Nombre:		
Fecha de nacimiento:		
Escuela:	Grado:	<input type="checkbox"/> YV Tech
Nombre(s) del padre/tutor legal [si aplica]:		
Domicilio:		
Número de teléfono:		

Estudiante  Personal  ESD  Familia: *Escriba el parentesco con el estudiante/personal del distrito* \_\_\_\_\_

## Lea atentamente el siguiente aviso de consentimiento informado y firme la autorización para realizar la prueba de COVID-19.

1. Entiendo que la prueba COVID-19 de la persona mencionada anteriormente se realizará por medio de una prueba de antígeno BD Veritor con Analizador proporcionada por el Departamento de Salud del Estado de Washington y reconozco que se me ha proporcionado la [hoja de datos BD Veritor para pacientes](#) de la prueba.
2. Entiendo que la capacidad de que la persona mencionada anteriormente reciba la prueba está limitada por la disponibilidad de suministros de prueba.
3. Entiendo que la entidad que realiza la prueba no actúa como el proveedor médico de la persona mencionada anteriormente. La prueba no reemplaza el tratamiento de un proveedor médico. Asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de la prueba, incluyendo la búsqueda de asesoramiento, atención y tratamiento médico de un proveedor médico u otra entidad de atención médica si tengo preguntas o inquietudes, si la persona mencionada anteriormente desarrolla síntomas de COVID-19, o si la condición de la persona mencionada anteriormente empeora.
4. Entiendo que, como sucede con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19.
5. Entiendo que es mi responsabilidad informar al proveedor de atención médica de la persona mencionada anteriormente de un resultado positivo de la prueba y que no se enviará una copia al proveedor de atención médica de la persona mencionada anteriormente de mi parte.
6. Entiendo que el resultado de la prueba de antígeno estará disponible en 15 a 30 minutos.
7. Entiendo y reconozco que un resultado positivo en una prueba de antígeno es una indicación de que la persona mencionada anteriormente necesita aislarse para evitar infectar a otras personas.
8. Se me ha informado sobre el propósito, los procedimientos y los posibles riesgos y beneficios de la prueba. Tendré la oportunidad de hacer preguntas antes de proceder con una prueba de COVID-19. Entiendo que si no deseo que la persona mencionada anteriormente continúe con la prueba de diagnóstico de COVID-19, puedo rechazar la prueba.
9. Entiendo que para garantizar la salud y la seguridad pública y para controlar la propagación de COVID-19, los resultados de la prueba pueden compartirse sin mi autorización.
10. Entiendo que los resultados de la prueba se divulgarán a las autoridades de salud pública correspondientes, a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública y según lo permita o requiera la ley.
11. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para la prueba en cualquier momento antes de que se realice.

## AUTORIZACIÓN / CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE COVID-19

Doy mi consentimiento para someterme a la prueba de COVID-19.

Firma

Fecha

Doy mi consentimiento para autorizar que la persona mencionada anteriormente se someta a la prueba de COVID-19.

Firma del padre y/o tutor legal

Fecha

**For Office Use Only:** Please initial when completed:

Case report

Contact Tracing

Simple Report