



INFORMED CONSENT FOR COVID-19/FLU A+B TESTING

1. Authorization and Consent for COVID-19 Diagnostic Testing:

- I voluntarily consent and authorize the Kansas Department of Health and Environment (“KDHE”), through USD 470, to conduct collection, testing, and analysis for the purposes of a diagnostic test for the **2023/24 school year**. Please checkmark the application test(s):
 - COVID-19/Flu A+B Rapid
- I acknowledge and understand that my COVID-19 and/or Flu A+B diagnostic test will require the collection of an appropriate sample through a nasopharyngeal swab, oral swab, or other recommended collection procedures.
- I understand that there are risks and benefits associated with undergoing a diagnostic test and there may be a potential for false positive or false negative test results.
- I assume complete and full responsibility to take appropriate action with regard to my test results. Should I have questions or concerns regarding my results, or a worsening of my condition, I shall promptly seek advice and treatment from an appropriate medical provider. I understand that I am not creating a patient relationship with KDHE or USD 470 by participating in this testing. I understand the testing unit is not acting as my medical provider.

2. Patient Rights and Privacy Practices

- I acknowledge and agree that KDHE or USD 470 may disclose my test results and associated information to appropriate county, state, or other governmental and regulatory entities as may be permitted by law.
- I acknowledge and agree that some limited personal information including my name and contact information may be shared with public health authorities if I am identified as a close contact to a positive case.

3. Release

- To the fullest extent permitted by law, I hereby release, discharge and hold harmless, KDHE and USD 470, including, without limitation, any its respective officers, directors, employees, representatives and agents from any and all claims, liability, and damages, of whatever kind or nature, arising out of or in connection with any act or omission relating to my COVID-19 and/or Flu A+B diagnostic test or the disclosure of my test results.

By providing my written or electronic signature to KDHE, I acknowledge and agree that I have read, understand, and agreed to the statements contained within this form. I have been informed about the purpose of the COVID-19 and/or Flu A+B diagnostic test, procedures to be performed, and potential risks and benefits. I have been provided an opportunity to ask questions before proceeding with this diagnostic test and I understand that if I do not wish to continue with the collection, testing, or analysis of a diagnostic test, I may decline to receive continued services. I have read the contents of this form in its entirety and voluntarily consent to undergo diagnostic testing for COVID-19 and/or Flu A+B.

Name of patient (or guardian if under 18 years) PRINT

Signed by patient (or guardian if under 18 years)

Guardian DOB (MM/DD/YY)

Patient Information

Patient Name _____ Age _____ Gender _____ D.O.B. _____

School _____

Symptoms Start Date _____

Symptoms _____

Race (Circle one) Asian – Black - American Indian/Alaskan Native – White – Other – Unknown

Ethnicity (Circle one) Hispanic/Latino – Not Hispanic/Latino – Unknown

Patient Address _____

City _____ Zip Code _____

Phone _____

Parent/Guardian Name _____

Parent/Guardian email address: _____

Test Result Information (To be completed by USD 470 staff ONLY)

1. Test Date _____ Test Time _____ Test Result _____ Test Admin By _____
2. Test Date _____ Test Time _____ Test Result _____ Test Admin By _____
3. Test Date _____ Test Time _____ Test Result _____ Test Admin By _____
4. Test Date _____ Test Time _____ Test Result _____ Test Admin By _____
5. Test Date _____ Test Time _____ Test Result _____ Test Admin By _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PRUEBAS DE COVID-19/INFLUENZA A + B

1. Autorización y Consentimiento para las Pruebas de Diagnóstico de COVID-19:

- Doy mi consentimiento y autorizo voluntariamente al Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas (“KDHE”), a través de USD 470, para realizar la recolección, prueba y análisis con el propósito de una prueba de diagnóstico. Marque la(s) prueba(s) de la aplicación:
 - COVID-19/Influenza A + B Rápido
- Reconozco y entiendo que mi prueba de diagnóstico de COVID-19 y/o Influenza A + B requerirá la recolección de una muestra apropiada a través de un hisopo nasofaríngeo, un hisopo oral u otros procedimientos de recolección recomendados.
- Entiendo que existen riesgos y beneficios asociados con someterse a una prueba de diagnóstico y que puede haber un potencial de resultados falsos positivos o falsos negativos.
- Asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de mi prueba. Si tengo preguntas o inquietudes con respecto a mis resultados, o empeoramiento de mi condición, buscaré de inmediato el consejo y el tratamiento de un médico apropiado. Entiendo que no estoy creando una relación de paciente con KDHE o USD 470 al participar en esta prueba. Entiendo que la unidad que realiza las pruebas no actúa como mi médico.

2. Derechos del Paciente y Prácticas de Privacidad

- Reconozco y acepto que KDHE o USD 470 pueden divulgar los resultados de mi prueba y la información asociada al condado, estado u otras entidades gubernamentales y regulatorias correspondientes según lo permita la ley.
- Reconozco y acepto que cierta información personal limitada, incluyendo mi nombre e información de contacto, se puede compartir con las autoridades de salud pública si se me identifica como un contacto cercano a un caso positivo.

3. Liberación

- En la medida máxima permitida por la ley, por la presente libero, descargo y eximo a KDHE y USD 470, incluidos, entre otros, sus respectivos funcionarios, directores, empleados, representantes y agentes de todos y cada uno de los reclamos, responsabilidades y daños, de cualquier tipo o naturaleza, que surjan de o en conexión con cualquier acto u omisión relacionado con mi prueba de diagnóstico de COVID-19 y/o Influenza A + B o la divulgación de los resultados de mi prueba.

Al suministrar mi firma escrita o electrónica a KDHE, reconozco y acepto que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones contenidas en este formulario. Se me ha informado sobre el propósito de la prueba de diagnóstico de COVID-19 y/o Influenza A + B, los procedimientos que se realizarán y los posibles riesgos y beneficios. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de continuar con esta prueba de diagnóstico y entiendo que si no deseo continuar con la recolección, prueba o análisis de una prueba de diagnóstico, puedo negarme a recibir servicios continuos. He leído el contenido de este formulario en su totalidad y voluntariamente doy mi consentimiento para someterme a pruebas de diagnóstico para COVID-19 y/o Influenza A + B.

Firmado por el paciente (o tutor si es menor de 18 años)

Fecha de Nacimiento del Tutor (MM/DD/YY)

Información del Paciente

Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____

Fecha de Comienzo de los Síntomas _____

Síntomas _____

Raza (Encierre su opción en un círculo) Asiático - Negro - Indio Americano/Nativo de Alaska - Blanco - Otro - Desconocido

Etnia (Encierre su opción en un círculo) Hispano/Latino – No Hispano/Latino – Desconocido

Dirección del Paciente _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Nombre del Padre/Tutor _____

Correo Electrónico del Padre/Tutor: _____

Información sobre el Resultado de la Prueba (Para ser completado SOLAMENTE por personal de USD 470)

1. Fecha de la Prueba _____ Hora de la Prueba _____ Resultado de la Prueba _____ Prueba Administrada por _____
2. Fecha de la Prueba _____ Hora de la Prueba _____ Resultado de la Prueba _____ Prueba Administrada por _____
3. Fecha de la Prueba _____ Hora de la Prueba _____ Resultado de la Prueba _____ Prueba Administrada por _____
4. Fecha de la Prueba _____ Hora de la Prueba _____ Resultado de la Prueba _____ Prueba Administrada por _____
5. Fecha de la Prueba _____ Hora de la Prueba _____ Resultado de la Prueba _____ Prueba Administrada por _____