



### COVID-19 Testing Consent Form

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Identificación del Estudiante No.: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Por favor, lea atentamente lo siguiente y firme la autorización para realizar la prueba de COVID-19.

1. Entiendo que se les requiere la prueba del COVID-19 a los estudiantes, entrenadores y personal no vacunados que participan en deportes o actividades extracurriculares que se consideran de alto riesgo según los CDC.
2. Entiendo que las pruebas del COVID-19 serán realizadas por un proveedor autorizado aprobado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte (NCDHHS) y son requeridas por la Junta de Educación del Condado de Guilford.
3. Entiendo que la frecuencia de las pruebas del COVID-19 se determinarán en función del nivel actual de transmisión comunitaria del COVID-19 y cobertura de vacunación.
4. Entiendo que la entidad que realiza la prueba del COVID-19 no actúa como mi proveedor médico. Las pruebas no reemplazan el tratamiento de mi proveedor médico. Asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de mis pruebas y mi atención médica. Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico u otra entidad de atención médica si tengo preguntas o inquietudes, si desarrollo síntomas de COVID-19 o si mi afección empeora.
5. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi proveedor de atención médica si el resultado de una prueba es positivo y que no se enviará una copia a mi proveedor de atención médica en mi nombre.
6. Entiendo que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que necesito aislarme para evitar infectar a otros y permaneceré aislado hasta que cumpla con las condiciones establecidas por el Departamento de Salud Pública del Condado de Guilford para terminar con el aislamiento.
7. Se me ha informado sobre el propósito, los procedimientos y los posibles riesgos y beneficios de la prueba.
8. Entiendo que si no deseo seguir participando en el programa de pruebas COVID-19, puedo negarme a realizar la prueba. Si me niego a realizar la prueba, ya no se me permitirá practicar ni formar parte de la lista de ningún deporte de equipo ni participar en atletismo u otras actividades para las que la Junta de Educación del Condado de Guilford exija las pruebas.
9. Entiendo que los resultados de mi prueba pueden compartirse sin mi autorización individual para garantizar la salud y la seguridad pública y para controlar la propagación del COVID-19.
10. Entiendo que los resultados de mi prueba se divulgarán a las autoridades de salud pública correspondientes según lo requiera la ley.
11. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para participar en las pruebas en cualquier momento y que al hacerlo perderé el privilegio de participar en deportes u otras actividades selectas patrocinadas por la escuela y / o las escuelas del condado de Guilford.

Este formulario de consentimiento es válido para el año escolar 2021-22 o hasta que cambien los requisitos de las pruebas.

#### **AUTORIZACIÓN / CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE COVID-19**

- Acepto someterme a las pruebas del COVID-19 durante el tiempo que sea necesario como condición para participar en deportes u otras actividades escolares. (Adultos y estudiantes mayores de 18 años).
- Autorizo a mi hijo a someterse a la prueba del COVID-19 durante el tiempo que sea necesario como condición para participar en deportes u otras actividades escolares. (Estudiantes menores de 18 años).
- Mi hijo / yo hemos sido vacunados y no participaremos en el programa de pruebas.
- Se ha proporcionado prueba de vacunación a la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha