



PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR DEL CONDADO DE PALM BEACH

CONSENTIMIENTO PARA TEST DE COVID-19 y/o INFLUENZA Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS

El Programa de Salud Escolar que está compuesto por el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach (“*School District*”), el Distrito de Cuidado de la Salud del Condado de Palm Beach (“*Health Care District*”) y el Departamento de Salud del Condado de Palm Beach (“*Department of Health*”) está ofreciendo llevar a cabo test voluntarios de COVID-19 y/o de Influenza para estudiantes que se presenten a una clínica del Distrito Escolar con síntomas de COVID-19¹ o Influenza, para proteger la salud, la seguridad y el bienestar de los estudiantes y el personal del Distrito Escolar. Este test voluntario se está realizando, en la medida en que estos test estén disponibles, sin costo alguno para ustedes.

Información de los Test: El test COVID-19 que se le administrará a su hijo(a) es un test de antígeno rápido o un test molecular rápido, ambos aprobados por la *FDA* bajo autorizaciones de uso de emergencia. El test de influenza cuenta con la aprobación de la *FDA*. Cada uno de estos test implica el hisopado del pasaje nasal de su hijo para obtener una muestra para su análisis. Existen riesgos y beneficios al someterse a un test de diagnóstico de este tipo y puede haber un potencial para resultados falsos positivos o falsos negativos. Además, el test en sí puede causar una ligera molestia en la nariz o garganta de su hijo durante el proceso de recolección y durante un corto período de tiempo después. Se le proveerán los resultados del test de su hijo y será su responsabilidad buscar consejo y tratamiento de su proveedor médico si es necesario. También pueden comunicarse con la enfermera de la escuela para obtener información adicional.

CONSENTIMIENTO PARA EL TEST: Mediante su firma a continuación, certifica que ha leído y comprendido este Consentimiento para el Test de COVID-19/Influenza. Más específicamente, cuando firma lo siguiente:

- Da su permiso para que a su hijo se le dé el test de:
 - ☐ COVID-19
 - ☐ INFLUENZA (*por favor marque uno o ambos*)
- Entiende que la persona designada y capacitada determinará qué test(s) administrar con base en los síntomas, con la autorización provista;
- Libera al Programa de Salud Escolar de toda responsabilidad que surja o sea resultado del test;
- Entiende que es su responsabilidad buscar consejo y tratamiento de su proveedor médico, si es necesario;
- Entiende que esta autorización es válida hasta que se revoque por escrito.

PRIVACIDAD DEL ESTUDIANTE: El Programa de Salud Escolar cumple con todas las leyes de privacidad federales y estatales aplicables. Todos los registros de COVID-19 y de test de influenza son registros de educación confidenciales bajo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (“*FERPA*”, por sus siglas en inglés). Generalmente, bajo *FERPA*, los registros educativos de su hijo sólo pueden ser revelados con su consentimiento a menos que haya una excepción aplicable. Aunque hay excepciones aplicables a los registros de revisiones y test de COVID-19 que requieran que los registros se proporcionen al Departamento de Salud y que permitan que los registros se proporcionen al Distrito Escolar, firmando abajo, ustedes están autorizando al Programa de Salud Escolar a entregar los registros de test y revisiones para la Influenza y/o COVID de su hijo al Departamento de Salud y/o al Distrito Escolar.

Por favor, tengan en cuenta que, como padres o tutores, ustedes serán contactados por una enfermera o administrador/persona designada antes de cualquier test, incluso con este consentimiento en el expediente. La autorización verbal para proceder con el test será aceptada, con este consentimiento en el archivo, con la opción de que los padres o tutores estén presentes para el test.

Nombre de uno de los Padres/Tutores (Letra Imprenta): _____

Firma de uno de los Padres/Tutores _____ Fecha: _____

Teléfono Celular: _____ Otro Teléfono: _____ (casa/trabajo)

Firma del Estudiante (Si tiene más de 18 años): _____ Fecha: _____

Nombre del Estudiante (Letra Imprenta): _____

Escuela: _____ Grado: _____

¹ COVID-19 Los síntomas pueden incluir fiebre o escalofríos, tos seca, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del sentido del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos y diarrea, según las pautas de *CDC*.