



PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR DO CONDADO DE PALM BEACH

CONSENTIMENTO PARA O TESTE DA COVID-19 e/ou DA GRIPE E AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DOS REGISTROS DO ALUNO

Para proteger a saúde, segurança e bem-estar dos alunos e funcionários do Distrito Escolar, o Programa de Saúde Escolar, que abrange o Distrito Escolar do Condado de Palm Beach ("Distrito Escolar"), o Setor de Saúde Pública do Condado de Palm Beach ("Setor de Saúde Pública") e a Secretaria de Saúde da Flórida no Condado de Palm Beach ("Secretaria de Saúde") irão oferecer testes voluntários (não obrigatórios) para a COVID-19 e/ou para a Gripe a alunos que comparecerem à enfermaria de uma Escola do Distrito com sintomas da COVID-19¹ ou da Gripe. Esses testes voluntários estão sendo realizados gratuitamente, enquanto houver testes disponíveis.

Informações sobre os Testes: O teste para a COVID-19 que será administrado ao seu filho(a) poderá ser um teste rápido de antígeno ou um teste molecular rápido, tendo ambos sido aprovados pela Agência Norte-Americana de Administração de Alimentos e Medicamentos (FDA, sigla em inglês) de acordo com as autorizações para uso de emergência. O teste para a Gripe tem a aprovação da FDA. Cada um desses testes consiste em esfregar um cotonete na mucosa(s) nasal do seu filho para a coleta da amostra a ser analisada. Há riscos e benefícios ao fazer um teste diagnóstico como esse, e poderá haver a possibilidade de resultados falso-positivos ou falso-negativos. Além disso, o teste em si pode causar um pequeno incômodo no nariz ou garganta do seu filho durante a coleta da amostra e por um breve período depois disso. O senhor(a) receberá os resultados do teste do seu filho e será responsável por consultar o seu médico para obter recomendações e tratamento, caso seja necessário. O senhor também pode entrar em contato com a(o) enfermeira da escola para obter mais informações.

CONSENTIMENTO PARA FAZER OS TESTES: Ao assinar abaixo, o senhor declara que leu e entende esse Consentimento para a realização do Teste da COVID-19/Gripe. Mais especificamente, ao assinar abaixo o senhor:

- Dá a sua permissão para que seu filho faça o teste da:
 - ☐ COVID-19
 - ☐ GRIPE (*assinale uma ou as duas opções*)
- Entende que com a autorização fornecida, a pessoa treinada, encarregada de aplicar os testes determinará qual será o teste(s) a ser administrado de acordo com os sintomas apresentados;
- Isenta o Programa de Saúde Escolar de toda responsabilidade decorrente ou resultante da realização dos testes;
- Entende que é de sua responsabilidade consultar o seu médico para obter recomendações e tratamento, caso seja necessário;
- Entende que essa autorização permanecerá em vigor até que seja cancelada por escrito.

PRIVACIDADE DO ALUNO: O Programa de Saúde Escolar cumpre com todas as leis federais e estaduais apropriadas referentes à privacidade. Todos os registros de rastreio e testes da COVID-19 e da Gripe são considerados registros educacionais confidenciais de acordo com a Lei dos Direitos Educacionais e Privacidade da Família ("FERPA", sigla em inglês). Geralmente, de acordo com a FERPA, os registros educacionais do seu filho só podem ser divulgados com o seu consentimento, a menos que haja uma exceção válida. Embora haja exceções pertinentes aos registros de rastreio e testes para a COVID-19, exigindo que os registros sejam fornecidos à Secretaria de Saúde e permitindo que sejam fornecidos ao Distrito Escolar, ao assinar abaixo, o senhor autoriza o Programa de Saúde Escolar a liberar os registros do seu filho referentes aos testes e rastreios da COVID e/ou da Gripe para a Secretaria de Saúde e/ou para o Distrito Escolar.

Saiba que, por ser o pai/mãe ou responsável pelo aluno, mesmo que este consentimento conste no arquivo do aluno, antes de qualquer teste ser administrado, uma enfermeira ou administrador/representante entrará em contato com um dos senhores. A autorização verbal para dar prosseguimento ao teste será aceita, desde que o consentimento conste no arquivo do aluno, e o pai/mãe ou responsável tem a opção de estar presente durante o teste.

Nome do pai/mãe/responsável (em letra de fôrma): _____

Assinatura do pai/mãe/responsável _____ Data: _____

Telefone celular: _____ Outro telefone: _____ (residencial/comercial)

Assinatura do aluno(a) (caso seja maior de 18 anos): _____ Data: _____

Nome do aluno(a) (em letra de fôrma): _____

Escola: _____ Série escolar: _____

¹ De acordo com as Diretrizes dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, sigla em inglês), os sintomas da COVID-19 podem incluir: febre ou calafrios, tosse seca, respiração curta ou dificuldade para respirar, fadiga, dores musculares ou no corpo, dor de cabeça, uma recente perda do paladar ou olfato, dor de garganta, congestão nasal ou nariz escorrendo, náusea ou vômito e diarreia.

Data de Publicação: 1º/2/23