

Formulario de consentimiento del estudiante (1/2)

Formulario de consentimiento del estudiante para pruebas COVID-19 opcionales combinadas y de seguimiento por parte de la escuela y CIC Health

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR			
Información del padre / tutor			
<i>Solo se le notificará de los resultados de la prueba de su estudiante si son parte de un grupo de pruebas que da positivo para SARS-CoV-2, el virus que causa COVID-19. Si esto sucede, se le notificará por teléfono o correo electrónico.</i>			
El padre/tutor Nombre en letra de imprenta:			
El padre/tutor Número de celular/móvil: <small>Nota: los resultados se enviarán por mensaje de texto a esta celda #</small>			
El padre/tutor Dirección de correo electrónico:			
Información del niño / estudiante			
Niño / Estudiante Nombre en letra de imprenta:			
Nivel de grado:		Salón de clases: (si es aplicable)	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)		Edad:	
¿El estudiante nombrado anteriormente ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> Sí , mi estudiante dio positivo por COVID-19 en los últimos 90 días (nota: las personas que dieron positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos 90 días no debe participar en pruebas conjuntas). <input type="checkbox"/> No , mi estudiante no ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 90 días.		

Al completar y enviar este formulario, confirmo que soy el padre, madre, tutor o persona legalmente autorizada para dar mi consentimiento y:

- A. Autorizo la recopilación y toma de una prueba de COVID-19 combinada semanal en mi estudiante durante el horario escolar, además de cualquier prueba de seguimiento de diagnóstico individual necesaria en mi estudiante (incluidas las pruebas rápidas de antígeno Abbott BinaxNOW y las pruebas de PCR / moleculares). Entiendo que todos los tipos de muestras serán hisopos nasales cortos y no invasivos.
- B. Entiendo que las pruebas agrupadas no determinan resultados individuales para cada miembro de una agrupación, y que los resultados individuales de mi estudiante dentro de una prueba agrupada no se pueden compartir conmigo. Sin embargo, entiendo y acepto que la información de salud personal de mi estudiante y la información de identificación personal de los registros educativos pueden ingresarse en la plataforma tecnológica del proveedor de pruebas para ayudar con el seguimiento de las pruebas agrupadas e identificar a las personas que necesitan pruebas de seguimiento.
- C. Entiendo que se me notificará sobre los resultados de cualquier prueba de "seguimiento" de diagnóstico individual para COVID-19 que se le realice a mi estudiante.

Formulario de consentimiento del estudiante (2/2)

Al completar y enviar este formulario, confirmo que soy el padre, tutor o persona legalmente autorizada para dar mi consentimiento y:

- D.** Entiendo que existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba de COVID-19 para pruebas agrupadas o individuales. Dado el potencial de un falso negativo, entiendo que mi estudiante debe continuar siguiendo todas las pautas de seguridad de COVID-19, incluido el uso de tapabocas y el distanciamiento social, y seguir los protocolos de la escuela para aislar y realizar pruebas en caso de que el estudiante desarrolle síntomas de COVID-19.
- E.** Entiendo que el personal que administra las pruebas conjuntas y las pruebas de seguimiento ha recibido capacitación sobre la administración segura y adecuada de las pruebas. Acepto que ni el administrador de la prueba ni CIC Health ni ninguno de sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de ningún accidente o lesión que pueda ocurrir por la participación en el programa de pruebas conjuntas.
- F.** Entiendo que mi estudiante debe quedarse en casa si se siente mal. Reconozco que un resultado positivo de la prueba de seguimiento individual es una indicación de que mi estudiante debe quedarse en casa y no ir a la escuela, aislarse y continuar usando una máscara o cubrimiento facial como se indica, en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- G.** Entiendo que el sistema escolar no está actuando como el proveedor médico de mi estudiante, esta prueba no reemplaza el tratamiento por parte del proveedor médico de mi estudiante y asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de la prueba de mi estudiante. Acepto que buscaré consejo médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi estudiante si tengo preguntas o inquietudes, o si su condición empeora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier atención que mi estudiante reciba de su proveedor de atención médica.
- H.** Entiendo que las pruebas de seguimiento pueden crear información de salud protegida (PHI) y otra información de identificación personal del estudiante. De conformidad con 45 CFR 164.524 (c) (3), autorizo y ordeno al proveedor de pruebas que transmita dicha PHI a la escuela de mi estudiante, al Departamento de Salud Pública y al laboratorio de pruebas. Además, entiendo que la PHI puede ser divulgada a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y cualquier otra parte, según lo autorizado por HIPAA.
- I.** Entiendo que la participación en pruebas conjuntas puede requerir que la escuela revele la identidad de mi estudiante, información demográfica y de contacto de los registros educativos al proveedor de la prueba y para las pruebas de seguimiento, requerirá que la escuela revele la identidad, datos demográficos y información de contacto de los registros educativos al Departamento de Salud Pública. De conformidad con FERPA, 34 CFR 99.30, autorizo a mi escuela a divulgar la información de identificación personal (PII) que se requiere para que mi estudiante participe en pruebas agrupadas y de seguimiento.
- J.** Entiendo que autorizar estas pruebas COVID-19 para mi estudiante es opcional y que puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, mi estudiante no será evaluado.
- K.** Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es sólo con miras al futuro, y no afectará la información que ya permití que se divulgue. Para cancelar este permiso para la prueba COVID-19, necesito comunicarme con la escuela de mi estudiante.

Firma del padre / madre / tutor

Fecha