

Prueba K-12 COVID-19 Formulario de registro

Este formulario debe ser llenado por el administrador del distrito o de la escuela para poder ser sometido a la prueba. Envíe este formulario por correo electrónico a Schooltesting.covid@dhsosha.state.or.us.

Nombre de la escuela y distrito	
Ubicación (ciudad y condado)	
Número aproximado de estudiantes inscritos actualmente en la enseñanza presencial parcial o total	
Número aproximado de personal en el lugar	
Nombre, correo electrónico y número de teléfono ¹ del coordinador de pruebas de la escuela	
Nombre, correo electrónico y número de teléfono ² del coordinador de pruebas de la escuela	
Dirección de envío para la recepción de los kits de prueba Abbott BinaxNOW	

¹ El coordinador de pruebas de la escuela será responsable de observar la toma de muestras, realizar la prueba rápida de antígeno en el lugar de atención de Abbott BinaxNOW y registrar los resultados de las pruebas.

² El responsable de las pruebas en la escuela se encargará de todos los formularios para el consentimiento de las pruebas COVID-19 y de los requisitos de información.

Nombre de la persona que realiza el formulario: _____

Cargo: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Por favor, coloque sus iniciales al lado de cada declaración:

_____ **Requisito para la enseñanza presencial:** doy fe de que la escuela mencionada anteriormente está atendiendo actualmente a los estudiantes con una enseñanza presencial parcial o total. Entiendo que no se garantiza la participación de la escuela mencionada anteriormente en futuras oportunidades de pruebas.

_____ **Certificación de capacitación:** doy fe de que el coordinador de las pruebas escolares ha leído esta guía en su totalidad y ha completado los módulos de formación de Abbott BinaxNOW.

_____ **Certificación de consentimiento:** doy fe de que el responsable y el coordinador de las pruebas en la escuela entienden que las pruebas sólo pueden realizarse a los estudiantes con consentimiento en el expediente y al personal que haya dado su consentimiento verbal.

_____ **Certificación de informes:** doy fe de que el responsable de las pruebas en la escuela ha leído esta guía en su totalidad, que los resultados de las pruebas COVID-19 se reportarán diariamente y que el registro de pruebas de Abbott BinaxNOW se actualizará a medida que se realice cada prueba.

_____ **Certificación de la estrategia de pruebas:** doy fe de que la escuela mencionada anteriormente seguirá las indicaciones de la OHA para las pruebas de K-12 y hará pruebas sólo a los estudiantes y al personal con síntomas y que hayan estado expuestos. La escuela no utilizará los kits de prueba Abbott BinaxNOW proporcionados para realizar pruebas de "cribado" en personas asintomáticas y que no han estado expuestas a COVID-19.

Puede conseguir este documento en otros idiomas, con letra grande, en braille o en el formato que prefiera. Comuníquese con la Unidad de Respuesta y Recuperación del COVID-19 (CRRU, por sus siglas en inglés) llamando al 503-979-3377 o por correo electrónico al CRRU@dhsosha.state.or.us. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión, o puede marcar al 711.