

Formulario de consentimiento para la prueba de COVID-19

Para que lo llene los padres o el tutor del estudiante			
Información del padre/tutor			
<i>Se le notificarán los resultados de las pruebas por escrito al momento de realizarlas.</i>			
Padre/tutor Nombre en letra de molde:			
Número de celular del padre/tutor:			
Dirección de correo electrónico del padre/tutor:			
Información del estudiante			
Nombre del estudiante:			
Dirección de domicilio:		Ciudad:	
Código postal:		Condado:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)		Grado académico:	
Nombre del estudiante:			
Dirección de domicilio:		Ciudad:	
Código postal:		Condado:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)		Grado académico:	
Nombre del estudiante:			
Dirección de domicilio:		Ciudad:	
Código postal:		Condado:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)		Grado académico:	

Consentimiento

Al completar este formulario y devolverlo a mi escuela, confirmo que soy el padre o tutor del/de los estudiante(s) antes mencionado(s), y que doy mi consentimiento para permitir la realización de pruebas de COVID-19 a mi(s) estudiante(s) por medio de un hisopo nasal superficial durante el año escolar 2020-2021. La prueba COVID-19 puede ofrecerse a los estudiantes en dos circunstancias: (1) si mi(s) estudiante(s) desarrolla(n) nuevos síntomas de COVID-19 mientras está(n) en la escuela; (2) si mi(s) estudiante(s) está(n) expuesto(s) a COVID-19 en un grupo escolar y el departamento de salud pública local recomienda la realización de pruebas. Entiendo que puedo dar mi consentimiento para uno o ambos tipos de pruebas.

Entiendo que la prueba COVID-19 para el/los estudiante(s) es opcional y que puedo negarme a dar mi consentimiento, en cuyo caso, mi(s) estudiante(s) no será(n) sometido(s) a la prueba. Entiendo que mi(s) alumno(s) debe(n) quedarse en casa si se siente(n) mal.

Entiendo que la escuela no está actuando como el proveedor de atención médica de mi estudiante, esta prueba no reemplaza el tratamiento por parte del proveedor de atención médica de mi estudiante, y asumo la completa y total responsabilidad de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de la prueba del estudiante. Entiendo que sigue siendo mi responsabilidad buscar consejos médicos, atención y tratamiento para mi(s) estudiante(s) de su proveedor de atención médica.

Entiendo que existe la posibilidad de que los resultados de las pruebas de COVID-19 sean falsos negativos y que mi(s) estudiante(s) podría(n) estar infectado(s) con COVID-19 incluso si el resultado de la prueba es negativo. También entiendo que si mi(s) estudiante(s) da(n) positivo(s) en la prueba de COVID-19, el resultado de la prueba será reportado a la autoridad local de salud pública como lo requiere la ley.

La información personal de salud no se divulgará sin el consentimiento por escrito, excepto cuando lo exija la ley.

- Permiso que el personal de la escuela haga pruebas de COVID-19 a este/estos estudiante(s) si se presentan nuevos síntomas en la escuela.
- Permiso que el personal de la escuela haga pruebas a mi(s) estudiante(s) si están expuestos al COVID-19 dentro de su entorno escolar y si la autoridad local de salud pública recomienda la realización de pruebas.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha _____

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. Póngase en contacto 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 el 711.