

Formulario de consentimiento general para pruebas de COVID-19

Debe completarlo el padre, la madre o el tutor del niño

Información del padre, la madre o el tutor *(Se le notificarán los resultados de las pruebas.)*

Nombre en letra de imprenta del padre, la madre o el tutor:	
Número de teléfono móvil del padre, la madre o el tutor:	
Dirección de correo electrónico del padre, la madre o el tutor:	

Información del niño

Nombre del estudiante:			
Dirección particular:		Ciudad:	
Código postal:		Condado:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)			
Nombre del estudiante:			
Dirección particular:		Ciudad:	
Código postal:		Condado:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)			
Nombre del estudiante:			
Dirección particular:		Ciudad:	
Código postal:		Condado:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)			

Consentimiento

Al completar y enviar este formulario al campamento, confirmo que soy el padre, la madre o el tutor del niño mencionado anteriormente y que presto mi consentimiento para que se le realicen pruebas de COVID-19 en el transcurso del campamento. Las pruebas de COVID-19 pueden ofrecerse a los campistas en tres circunstancias: (1) si el niño desarrolla nuevos síntomas de COVID-19 mientras está en el campamento; (2) si el niño estuvo expuesto al COVID-19 en un grupo del campamento y el departamento de salud pública local recomienda que se realice una prueba; (3) cuando llegan al campamento. Entiendo que puedo prestar mi consentimiento para la realización de cualquier prueba o todas ellas.

Comprendo que las pruebas de COVID-19 son opcionales y que puedo negarme a prestar consentimiento, en cuyo caso, no se le realizarán pruebas a mi hijo. Entiendo que mi hijo no se siente bien, deberá quedarse en casa y no asistirá al campamento.

Formulario de consentimiento general para pruebas de COVID-19

Consentimiento

Comprendo que el Oregon Health Authority (OHA) ha solicitado la realización de estas pruebas, y que ni el OHA ni el campamento actúan en calidad de proveedor de atención médica de mi hijo, y que esta prueba no sustituye el tratamiento por parte del proveedor de atención médica de mi hijo. Asimismo, asumo la plena responsabilidad de tomar las medidas pertinentes vinculadas a los resultados de las pruebas de mi hijo. Comprendo que soy responsable de solicitar asesoramiento, atención y tratamiento médicos para mi hijo por parte de su proveedor de atención médica.

Comprendo que existe la posibilidad de que las pruebas de COVID-19 arrojen resultados falsos negativos y que mi hijo podría estar infectado con COVID-19 incluso si los resultados dieron negativo. A su vez, entiendo que si mi hijo obtiene un resultado positivo de COVID-19, se le informará dicho resultado a la autoridad local de salud pública, como lo exige la ley.

La información médica personal no se divulgará sin un consentimiento por escrito, excepto en los casos en que la ley lo exija.

- Autorizo al personal del campamento a realizarle pruebas de COVID-19 a mi hijo si presenta síntomas nuevos en el campamento.
- Autorizo al personal del campamento a realizarle pruebas a mi hijo si está expuesto al COVID-19 dentro de su burbuja del campamento y la autoridad local de salud pública recomienda la realización de pruebas.
- Autorizo al personal del campamento a realizarle pruebas de COVID-19 a mi hijo cuando llegue al campamento.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. Comuníquese con la Unidad de Recuperación y Respuesta al Coronavirus (Coronavirus Response and Recovery Unit, CRRU) al 503-979-3377 o envíe un correo electrónico a CRRU@dhsosha.state.or.us. Aceptamos todas las llamadas por servicio de retransmisión o puede marcar el 711.