

Formulario de consentimiento de realización de pruebas de COVID-19 para centros residenciales para jóvenes

Debe completarlo el padre, la madre o el tutor del estudiante			
Información del padre, la madre o el tutor			
<i>Se le notificarán los resultados de las pruebas.</i>			
Padre, madre o tutor Nombre en letra de imprenta:			
Número de teléfono móvil del padre, la madre o el tutor:			
Padre, madre o tutor Dirección de correo electrónico:			
Información del joven			
Nombre del estudiante:			
Nombre del centro:			
Dirección del centro:		Ciudad:	
Código postal:		Condado:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)			

Formulario de consentimiento de realización de pruebas de COVID-19 para centros residenciales para jóvenes

Consentimiento

Al completar este formulario y enviarlo a este centro residencial para jóvenes, confirmo que soy el padre, la madre o el tutor de la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente y que presto mi consentimiento para que se le realicen pruebas de COVID-19 a mi hijo a partir de la obtención de una muestra de saliva o la realización de un hisopado nasal poco profundo. Las pruebas de COVID-19 se pueden ofrecer a los jóvenes en tres circunstancias: (1) si mi hijo presenta síntomas nuevos de COVID-19; (2) si mi hijo está expuesto a una persona con COVID-19; (3) al ingresar o reingresar al centro para facilitar la formación de grupos.

Comprendo que las pruebas de COVID-19 para mi hijo son opcionales y que puedo negarme a prestar consentimiento, en cuyo caso, no se le realizarán pruebas a mi hijo.

Comprendo que la Autoridad de salud de Oregón (Oregon Health Authority, OHA) ha solicitado la realización de estas pruebas, Comprendo que la OHA y el programa residencial no actúan como proveedores de atención médica de mi hijo, y asumo la responsabilidad total y completa para tomar medidas apropiadas en relación con los resultados de las pruebas. 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 centro a realizarle pruebas de COVID-19 a mi hijo si presenta síntomas nuevos.
- Autorizo al personal del centro a realizarle pruebas a mi hijo si está expuesto a la COVID-19 y la autoridad local de salud pública recomienda la realización de pruebas.
- Autorizo a que se le realicen pruebas de COVID-19 a mi hijo antes de ingresar o reingresar a este centro para facilitar la formación de grupos.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

Formulario de consentimiento de realización de pruebas de COVID-19 para centros residenciales para jóvenes

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.