

# FALL RIVER PUBLIC SCHOOL

417 Rock Street, Fall River, MA 02720

*Maria Pontes, Superintendent*

*Karen A. Long, Director of Nursing*

## Formulario de inscripción para estudiantes que participan en el programa de prueba de antígenos en el hogar

- Se recomienda encarecidamente que se inscriban tanto las personas vacunadas como las no vacunadas.

Información de padres/tutor	
Padre/tutor nombre:	
Padre/Tutor correo electrónico:	
Información de estudiante	
Nombre de estudiante:	
Nivel de Grado del estudiante:	
Nombre de escuela del estudiante:	
Optar-en	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> , inscribo a mi estudiante para que participe en el programa de prueba de antígenos en el hogar ( <b>lea y firme el formulario a continuación</b> ) <input type="checkbox"/> <b>No</b> , no inscribo a mi estudiante para que participe en el programa de prueba de antígenos en el hogar ( <b>no se necesita ninguna otra acción</b> )

### Optar-en Estipulaciones:

Al completar y enviar este formulario, confirmo que soy el padre, tutor o persona legalmente autorizada adecuada para participar en el programa de pruebas de antígenos en el hogar:

- Participar: entiendo que mi distrito escolar proporcionará las pruebas de antígenos en el hogar solo a aquellos estudiantes o personal, vacunados o no vacunados, que opten por participar
- Capacitación: entiendo que mi distrito escolar me proporcionará los materiales de capacitación necesarios para la administración de la prueba de antígeno en el hogar, incluidas las instrucciones sobre cuándo se deben realizar las pruebas. Acepto tomar esta capacitación antes de administrarle la prueba a mi hijo.
- Distribución de pruebas: entiendo que se le darán pruebas en casa a mi estudiante para que las lleve a casa cada dos semanas. Entiendo que cada kit de prueba contiene dos pruebas individuales, y administrar la prueba a mi estudiante todos los **miércoles por la noche**.
- Informe de los resultados de la prueba: entiendo que si mi estudiante da positivo, mantendré a mi hijo en casa e informaré el resultado positivo a la escuela de mi estudiante y a mi profesional de la salud. Entiendo que la escuela mantendrá la confidencialidad de los resultados de las pruebas notificadas y que los resultados individuales no se harán públicos.
- Participación voluntaria: entiendo que participar en el programa de prueba de antígenos en el hogar es opcional y que puedo optar por no participar en cualquier momento. Para cancelar esta opción para el programa de prueba de antígenos en el hogar, debo **comunicarme con la escuela de mi hijo**.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el programa de prueba de antígenos en el hogar, los procedimientos, y he recibido una copia de este formulario de suscripción. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Me inscribo voluntariamente en este programa para mi estudiante:

Firma de padre/tutor:(solamente para participar): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_