|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DO ALUNO PARA O TESTE COMBINADO OPCIONAL DA COVID-19** | | | | | | |
| **A SER PREENCHIDO PELOS PAIS/RESPONSÁVEIS** | | | | | | |
| **Informação dos pais/responsável:** | | | | | | |
| * *Se o aluno(a) tiver testado positivo para a COVID-19 nos últimos 90 dias, não deve participar desse teste da COVID-19 para evitar falsos positivos.* | | | | | | |
| **Pais/Responsáveis:**  **Nome (em letra de forma):** |  | | | | | |
| **Número do celular do pai/responsável:**  *Observação: os resultados serão enviados para este número de celular* |  | | | | | |
| **Pais/Responsáveis**  **E-mail:** |  | | | | | |
| **Informações sobre as crianças/aluno(a)s** | | | | | | |
| **Nome em letra de forma da criança/aluno(a):** |  | | | | | |
| **Ano:** |  | | | | | |
| **Data de nascimento:**  *(MM/DD/AAAA)* |  | | **Idade:** |  | | |
| **Endereço:** |  | **Cidade:** |  | | **ZIP:** |  |
| **Raça (selecione uma):** | Caixa de seleçãoÍndio americano / Nativo do Alasca Caixa de seleção Asiático Caixa de seleção Negro / Afro-americano Caixa de seleção Nativo do Havai / Ilha do Pacífico Caixa de seleção Branco Caixa de seleção Outro Caixa de seleção Prefiro não dizer | | | | | |
| **Etnia (escolha uma):** | Caixa de seleção Hispânico ou latino Caixa de seleção Não hispânico ou latinoCaixa de seleção Prefiro não dizer | | **Sexo:** | Caixa de seleção Masculino Caixa de seleção Transgênero Caixa de seleção Feminino Caixa de seleção Prefiro não dizer | | |
| **CONSENTIMENTO** | | | | | | |
| Ao preencher e enviar este formulário, eu confirmo que sou o pai/mãe, responsável ou uma pessoa legalmente autorizada adequada para fornecer consentimento:   1. Autorizo a coleta e o teste de uma amostra do meu filho(a) para a COVID-19 na escola, seja para um teste individual (por exemplo, antígeno individual ou teste PCR). Ao assinar este formulário, estou consentindo com qualquer um dos seguintes métodos de teste para meu filho(a). Entendo que a escola do meu filho(a) determinará quais métodos de testes são oferecidos ao meu filho(a) e me informará sobre os serviços que a escola está administrando antes do início ou qualquer alteração do programa de testes da COVID-19 da escola.    1. Teste individual em pessoas sintomáticos: quando as pessoas apresentam sintomas na escola    2. Teste individual em contatos próximos (Testar e ficar): para contatos próximos assintomáticos a serem testados diariamente durante pelo menos cinco (5) dias a partir do primeiro dia da exposição, com pessoas com teste negativo que podem permanecer na escola 2. Entendo que todos os tipos de amostra serão feitos com cotonetes nasais curtos ou mostras de saliva não invasivos. 3. Eu entendo e concordo que as informações pessoais de saúde do meu filho(a) e as informações de identificação pessoal dos registros educacionais podem ser inseridas na plataforma de tecnologia do provedor de testes para auxiliar no rastreamento dos testes de verificação de segurança e na identificação de pessoas que precisam de testes de acompanhamento individual. 4. Entendo que serei notificado sobre os resultados de qualquer teste de individual de para a COVID-19 que meu filho(a) tenha feito. 5. Entendo que existe a possibilidade de um resultado de teste da COVID-19 falso positivo ou falso negativo independentemente do tipo de teste realizado. Dado o potencial para um falso negativo, entendo que meu filho(a) deve continuar a seguir todas as orientações de segurança da COVID-19, e seguir os protocolos da escola para isolamento e teste no caso de o filho(a) desenvolver sintomas de COVID-19. 6. Entendo que os funcionários que administram todos os testes da COVID-19 receberam treinamento sobre a administração segura e adequada do teste. Eu concordo que nem o administrador do teste nem as **Fall River Public Schools**, nem qualquer um de seus administradores, executivos, funcionários ou patrocinadores da organização são responsáveis por quaisquer acidentes ou lesões que possam ocorrer devido à participação no programa de teste combinado. 7. Entendo que meu filho(a) deve ficar em casa se não estiver se sentindo bem. Reconheço que o resultado positivo do teste **individual** é uma indicação de que meu filho(a) deve ficar em casa, longe da escola, me isolar e continuar usando máscara ou cobertura facial conforme as instruções para evitar infectar outras pessoas. 8. Entendo que o sistema escolar não está agindo como o médico do meu filho(a), que este teste não substitui o tratamento pelo médico do meu filho(a) e assumo total e completa responsabilidade por tomar as medidas adequadas em relação aos resultados do teste. Concordo em procurar aconselhamento médico, cuidados e tratamento junto ao meu médico do meu filho(a) se tiver dúvidas ou preocupações, ou caso sua condição piore. Entendo que sou financeiramente responsável por qualquer tratamento que meu filho(a) receber do médico. 9. Entendo que o teste da COVID-19 pode criar informações protegidas de saúde (PHI) e outras informações pessoalmente identificáveis do aluno(a), e tais informações só serão acessadas, usadas e divulgadas de acordo com a HIPAA e a legislação aplicável. De acordo com as normas 45 CFR 164.524 (c) (3), eu autorizo e instruo a empresa de teste a enviar a PHI para a escola do meu filho(a), o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts, o Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos de Massachusetts e o laboratório de teste. Além disso, entendo que as PHI podem ser divulgadas ao Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos e a qualquer outra parte, conforme autorizado pela HIPAA. 10. Entendo que a participação em testes da COVID-19 pode exigir que a escola divulgue a identidade, informações demográficas e informações de contato de registros educacionais do meu filho(a) para o provedor de testes e pode exigir que a escola divulgue a identidade, informações demográficas e informações de contato de registros de educação do meu filho(a) para o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts. De acordo com a FERPA, 34 CFR 99.30, autorizo minha escola a divulgar tais informações de identificação pessoal (PII) conforme exigido para a participação do meu filho(a) em testes da COVID-19. 11. Entendo que esta autorização para os testes de COVID-19 para meu filho(a) é opcional e que posso me recusar a dar essa autorização, o que neste caso, meu filho(a) não será testado. 12. Entendo que posso mudar de ideia e cancelar essa autorização a qualquer momento. No entanto, sei que este cancelamento é válido apenas para informações futuras e que qualquer informação existente antes desse cancelamento pode ser divulgada. Para cancelar esta autorização para o teste da COVID-19, preciso entrar em contato com a enfermeira da escola. 13. Autorizo o provedor de testes e/ou o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts a monitorar aspectos do vírus da COVID-19, como rastrear mutações virais, por meio da análise de amostra(s) positiva(s) para fins epidemiológicos e de saúde pública. Os resultados de tais análises não serão pessoalmente identificáveis nem criarão informações pessoalmente identificáveis.   Eu, o abaixo assinado, fui informado sobre o objetivo, procedimentos, possíveis benefícios e riscos do teste da COVID-19 e recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas antes de assinar, e fui informado que posso fazer perguntas adicionais a qualquer momento. Eu voluntariamente concordo com este teste para COVID-19 para meu filho(a). | | | | | | |
| **Assinatura do Pai/Mãe/Responsável:** |  | | | **Data:** | | |