|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA LAS PRUEBAS OPCIONALES DE COVID-19** | | | | | | |
| **A SER COMPLETADO POR LOS PADRES O TUTORES** | | | | | | |
| **Información de los padres/tutores** | | | | | | |
| * *Si su estudiante ha dado positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos 90 días, aún no debe participar en la prueba de COVID-19 para evitar falsos positivos.* | | | | | | |
| **Padre/Madre/Tutor**  **Nombre en letra de molde:** |  | | | | | |
| **Nro. teléfono móvil/celular de padre/madre/tutor.:**  *Nota: los resultados se enviarán por mensaje de texto a este #* |  | | | | | |
| **Padre/Madre/Tutor**  **Dirección de correo electrónico:** |  | | | | | |
| **Información del niño/estudiante** | | | | | | |
| **Nombre en letra de molde del niño/estudiante:** |  | | | | | |
| **Nivel de grado:** |  | | | | | |
| **Fecha de nacimiento:**  *(MM/DD/AAAA)* |  | | | **Edad:** |  | |
| **Dirección:** |  | **Ciudad:** |  | | **Código postal:** |  |
| **Raza (elija una):** | * Indígena Americano/a o Nativo/a de Alaska Asiático * Negra o Afroamericana * Nativo/a de Hawái o las Islas del Pacífico * Blanca * Otra * Prefiero no decirlo | | | | | |
| **Etnia (elija una):** | casilla Hispana o Latina casilla No hispana o latinacasilla Prefiero no decirlo | | | **Sexo:** | casilla Transgénero  casilla Hombre casilla Mujer casilla Prefiero no decirlo | |
| **CONSENTIMIENTO** | | | | | | |
| Al completar y entregar este formulario, confirmo que soy el padre, la madre, el tutor o la persona legalmente autorizada para dar consentimiento y:   1. Autorizo la recogida y el análisis de una muestra de mi estudiante para COVID-19 en la escuela, ya sea para una prueba individual (por ejemplo, prueba individual de antígeno o PCR). Al firmar este formulario, doy mi consentimiento a cualquiera de los siguientes métodos de prueba a los que se puede someter a mi estudiante. Entiendo que la escuela de mi estudiante determinará qué métodos de prueba se ofrecen a mi estudiante y me informará de los servicios que la escuela está administrando antes del inicio o de cualquier cambio en el programa de pruebas COVID-19 de la escuela.    1. Pruebas individuales en individuos sintomáticos: para cuando los individuos presentan síntomas mientras están en la escuela    2. Pruebas individuales en contactos cercanos (prueba y quedarse): para que los contactos cercanos asintomáticos sean sometidos a pruebas diarias durante al menos cinco (5) días a partir del primer día de exposición, y que los individuos que den negativo puedan permanecer en la escuela 2. Entiendo que todos los tipos de muestras serán no invasivas, hisopos nasales cortos o muestras de saliva. 3. Entiendo y acepto que la información personal de salud de mi estudiante y la información de identificación personal de los registros de educación pueden ser introducidos en la plataforma tecnológica del proveedor de pruebas para ayudar a rastrear las pruebas de control de seguridad e identificar a las personas que necesitan pruebas de seguimiento individuales.      1. Entiendo que seré notificado sobre los resultados de cualquier prueba individual para COVID-19 realizada a mi estudiante. 2. Entiendo que existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo en la prueba COVID-19, independientemente del tipo de prueba que se realice. Dado el potencial de un falso negativo, entiendo que mi estudiante debe seguir todas las orientaciones de seguridad de COVID-19 y seguir los protocolos de la escuela para el aislamiento y las pruebas en caso de que el estudiante desarrolle síntomas de COVID-19. 3. Entiendo que el personal que administra todas las pruebas COVID-19 ha recibido formación sobre la administración segura y adecuada de las pruebas. Estoy de acuerdo en que ni el administrador de la prueba ni Fall River Public Schools, ni ninguno de sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de ningún accidente o lesiones que puedan ocurrir por la participación en el programa de pruebas de COVID-19. 4. Entiendo además que mi estudiante **deberá** permanecer en casa si se siente mal. Reconozco que un resultado positivo de la prueba **individual** es una indicación de que mi estudiante debe quedarse en casa y no ir a la escuela, aislarse y seguir usando una máscara o un protector facial según las indicaciones, en un esfuerzo por evitar contagiar a otras personas. 5. Entiendo que el sistema escolar no está actuando como proveedor médico de mi estudiante, que esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor médico de mi estudiante, y asumo la completa y total responsabilidad de tomar las acciones apropiadas con respecto a los resultados de la prueba de mi estudiante. Acepto solicitar asesoramiento, atención y tratamiento médico del proveedor de servicios médicos de mi estudiante si tengo preguntas o preocupaciones, o si su estado empeora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cuidado que mi estudiante reciba de su proveedor de salud. 6. Entiendo que las pruebas de COVID-19 pueden crear información de salud protegida (PHI) y otra información de identificación personal del estudiante, y dicha información solo será accedida, utilizada y divulgada de acuerdo con la HIPAA y la ley aplicable. De conformidad con el artículo 45 CFR 164.524(c)(3), autorizo y ordeno al proveedor de las pruebas que transmita dicha PHI a la escuela de mi estudiante, al Departamento de Salud Pública de Massachusetts, a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts y al laboratorio de pruebas. Entiendo además que la PHI puede ser revelada a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y a cualquier otra parte, según lo autorizado por la HIPAA. 7. Entiendo que la participación en las pruebas de COVID-19 puede requerir que mi escuela revele la identidad de mi estudiante, su información demográfica y sus datos de contacto en los registros educativos al provisor de las pruebas y pudiera requerir que la escuela revele la identidad de mi estudiante, su información demográfica y sus datos de contacto en los registros educativos al Departamento de Salud Pública de Massachusetts. De conformidad con la ley FERPA, 34 CFR 99.30, autorizo a mi escuela a divulgar dicha información de identificación personal (PII, por sus siglas en inglés) que sea necesaria para la participación de mi estudiante en las pruebas de COVID-19. 8. Entiendo que autorizar estas pruebas de COVID-19 para mi estudiante es opcional y que puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, mi estudiante no será sometido/a a la prueba. 9. Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es sólo de carácter prospectivo y no afectará a la información que ya haya difundido previamente.  Para cancelar este permiso para las pruebas de COVID-19, necesito contactar a enfermera de escuela. 10. Autorizo al proveedor de las pruebasy/o el Departamento de Salud Pública de Massachusetts a controlar aspectos del virus COVID-19, como el seguimiento de las mutaciones virales, mediante el análisis de muestras positivas con fines epidemiológicos y de salud pública. Los resultados de dichos análisis no serán identificables personalmente ni crearán información personal que pueda establecer la identidad.   Yo, el infrascrito, he sido informado sobre el propósito de la prueba de COVID-19, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Consentimiento Informado. 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. Acepto voluntariamente esta prueba de COVID-19 para mi estudiante. | | | | | | |
| **Firma de padre/madre/tutor:** |  | | | | **Fecha:** | |