



## CONSENTIMIENTO 2

### PRUEBA INDIVIDUAL DE GRUPO POSITIVA

Al completar y enviar este formulario, confirmo que soy el padre / guardián apropiado para dar mi consentimiento y autorizo la administración de una prueba de antígeno COVID-19 a mi hijo si es parte de una prueba conjunta positiva realizada por Escuelas Públicas de Haverhill. Entiendo que autorizar una prueba COVID-19 para mi hijo/a es opcional y que puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, mi hijo no será evaluado. Además, entiendo que mi hijo debe quedarse en casa si se siente mal.

#### **Información demográfica del/la estudiante:**

Nombre del/la estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido del/la estudiante: \_\_\_\_\_

Segundo nombre del/la estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección del/la estudiante (calle, ciudad, código postal): \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha de nacimiento del/la estudiante? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la raza del/la estudiante? ( Seleccione todas las que correspondan):

- \_\_\_\_\_ Indio/a americano/a o Nativo/a de Alaska
- \_\_\_\_\_ Asiático/a
- \_\_\_\_\_ Negro/a o Afroamericano/a
- \_\_\_\_\_ Nativo/a de Hawái u otra isla del Pacífico
- \_\_\_\_\_ Blanco/a
- \_\_\_\_\_ Otra
- \_\_\_\_\_ No se sabe

¿Es el/la estudiante de origen hispano? (Seleccione una):

- \_\_\_\_\_ Sí
- \_\_\_\_\_ No
- \_\_\_\_\_ No se sabe

¿Cuál es el sexo del/la estudiante? (Seleccione una):

- \_\_\_\_\_ Masculino
- \_\_\_\_\_ Femenino
- \_\_\_\_\_ Transgénero
- \_\_\_\_\_ No se sabe

¿Tiene el/la estudiante una discapacidad? (Seleccione una):

\_\_\_\_ Sí  
\_\_\_\_ No

¿Cuál es el idioma materno del/la estudiante? \_\_\_\_\_

**Información de padres/tutores:**

Nombre del padre/la madre/tutor: \_\_\_\_\_

Apellido del padre/la madre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección del padre/la madre/tutor (si difiere de la anterior): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de teléfono del padre/la madre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del padre/la madre/tutor: \_\_\_\_\_

**Consentimiento e intercambio de datos (por favor, ponga sus iniciales):**

\_\_\_\_\_ En el caso de que mi estudiante muestre síntomas de COVID-19, autorizo a un profesional de la administración, durante el horario escolar, a administrar la prueba de antígeno Abbott BinaxNOW COVID-19 a mi estudiante. Entiendo que los resultados de la prueba de mi estudiante serán transferidos a Project Beacon, que los compartirá con el Departamento de Salud Pública de Massachusetts de conformidad con la ley estatal.

\_\_\_\_\_ Autorizo la divulgación de mi información de contacto a Project Beacon (una organización externa contratada para recopilar el consentimiento para la realización de pruebas y para compartir los resultados de las mismas). Entiendo que junto con los resultados de las pruebas, Project Beacon compartirá mi información de contacto con el DPH. También entiendo que puedo crear un perfil de usuario en Project Beacon que me notificará sobre la administración y los resultados de las pruebas. Estoy de acuerdo en que si creo dicho perfil de usuario, sólo utilizaré el sistema de Project Beacon con el fin de acceder a la información, incluidos los resultados de las pruebas, a la que estoy legalmente autorizado/a a consultar.

**Firma de autorización:**

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 permitido que se difunda. Para cancelar este permiso para las pruebas de COVID-19, necesito contactar directamente a Project Beacon al (617) 741-7310.

\_\_\_\_\_  
Nombre de padre/madre/tutor (en letra de molde):

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha