

ESCUELAS PÚBLICAS DE HAVERHILL

2022-2023

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PERSONAL PARA LAS PRUEBAS SINTOMÁTICAS DEL COVID-19

Información del miembro del personal

Nombre en letra de molde:				
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)				
Dirección:	Ciudad:		Código postal:	
Raza (elija una):	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaï o Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	
Etnia (elija una):	<input type="checkbox"/> Hispano o Latinx/Latino/Latina <input type="checkbox"/> No Hispano o Latinx/Latino/Latina <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	
Consentimiento para optar o no:	<input type="checkbox"/> <i>Sí, doy mi consentimiento para participar en las pruebas sintomáticas del COVID-19 (por favor, lea y firme el formulario a continuación)</i> <input type="checkbox"/> <i>No, no doy mi consentimiento para participar en las pruebas sintomáticas del COVID-19. (No es necesario realizar ninguna otra acción)</i>			

Consentimiento

Al completar y enviar este formulario, confirmo que doy mi consentimiento para:

- A. Autorizo la recogida y análisis de una muestra del COVID-19 en la escuela para una prueba individual de antígeno.
- B. La prueba individual en individuos sintomáticos puede ser realizada con el consentimiento cuando los individuos presentan síntomas mientras están en la escuela, o en las últimas 24 a 48 horas.
- C. Entiendo que todos los tipos de muestra serán hisopos nasales cortos mínimamente invasivos.
- D. Entiendo que seré notificado sobre los resultados de cualquier prueba individual del COVID-19 realizada.
- E. Entiendo que existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo en la prueba del COVID-19, independientemente del tipo de prueba que se realice. Dado el potencial de un falso negativo, entiendo que debo continuar siguiendo todas las recomendaciones de seguridad del COVID-19, y seguir los protocolos escolares para COVID-19.
- F. Entiendo que el personal que administra todas las pruebas del COVID-19 ha recibido capacitación sobre la administración segura y adecuada de la prueba. Estoy de acuerdo en que ni el administrador de la prueba ni las Escuelas Públicas de Haverhill, ni ninguno de sus síndicos, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de cualquier accidente o lesiones que puedan ocurrir por la participación en el programa de pruebas COVID-19.
- G. Reconozco que un resultado positivo de la prueba **individual** es una indicación de que debo permanecer en casa fuera de la escuela, aislarme, según las recomendaciones del MDPH (Departamento de Salud Pública de Massachusetts)
- H. Entiendo que el sistema escolar no está actuando como mi proveedor de servicios médicos, esta prueba no reemplaza el tratamiento de mi proveedor de servicios médicos, y asumo la responsabilidad completa de tomar la acción apropiada con respecto a los resultados de mi prueba. Estoy de acuerdo en buscar consejo médico, cuidado y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas o preocupaciones, o si su condición empeora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier atención que reciba de mi proveedor de atención médica.

- I. Entiendo que las pruebas del COVID-19 pueden crear información de salud protegida (PHI) y otra información de identificación personal, y que dicha información sólo será accedida, utilizada y divulgada de acuerdo con la HIPAA y la ley aplicable. De acuerdo con el 45 CFR 164.524(c)(3), autorizo y ordeno al proveedor de las pruebas que transmita dicha PHI al Departamento de Salud Pública de Massachusetts, a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts y al laboratorio de pruebas. Además, entiendo que la PHI puede ser divulgada a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y a cualquier otra parte, según lo autorizado por la HIPAA (Ley de Contratación y Responsabilidad en los Seguros de Salud).
- J. Entiendo que la participación en la prueba COVID-19 puede requerir que la escuela revele mi identidad, demográfica, y autorizo a mi escuela a revelar dicha información de identificación personal (PII) como se requiere para mi participación en la prueba del COVID-19.
- K. Entiendo que autorizar estas pruebas COVID-19 para mí es opcional y que puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, no se me hará la prueba.
- L. Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es sólo prospectiva ,y no afectará la información publicada anteriormente. Para cancelar este permiso para las pruebas del COVID-19, debo ponerme en contacto con la enfermera escolar del edificio o con Katie Vozelos, Directora de Salud y Enfermería (kvozelos@haverhill-ps.org).
- M. Autorizo al proveedor de la prueba y/o al Departamento de Salud Pública de Massachusetts a supervisar aspectos del virus COVID-19, como el seguimiento de las mutaciones virales, mediante el análisis de la(s) muestra(s) positiva(s) con fines epidemiológicos y de salud pública. Los resultados de dichos análisis no serán identificables personalmente ni crearán información personal identificable.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba del 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 del COVID-19 para mí.

Nombre en letra de molde:		Fecha de nacimiento:
Firma:		Fecha: