

ESCUELAS PÚBLICAS DE HAVERHILL

2022-2023

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

DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR

Información de los padres o tutores

Padre/tutor Nombre en letra de molde:				
Padre/tutor Número de celular/móvil:				
Padre/tutor Dirección de correo electrónico:				

Información del niño/estudiante

Nombre del niño/estudiante en letra de molde:				
Nivel de grado:				
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"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaï o Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <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	Genero:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgenero <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	
Consentimiento para optar o no	<input type="checkbox"/> Sí, doy mi consentimiento para que mi estudiante participe en las pruebas sintomáticas del COVID-19 (por favor, lea y firme el formulario a continuación) <input type="checkbox"/> No, no doy mi consentimiento para que mi estudiante participe en las pruebas sintomáticas del COVID-19. (No es necesario realizar ninguna otra acción)			

CONSENTIMIENTO

Al completar y enviar este formulario, confirmo que soy el parent, tutor o persona legalmente autorizada para dar mi consentimiento y:

- A. Autorizo la recogida y el análisis de una muestra de mi estudiante para COVID-19 en la escuela para una prueba de antígeno individual. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que se realice esta prueba a mi estudiante
 - i. 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.
- B. Entiendo que todos los tipos de muestra serán hisopos nasales cortos mínimamente invasivos.
- C. Entiendo que seré notificado sobre los resultados de cualquier prueba individual del COVID-19 realizada a mi estudiante.
- D. Entiendo que existe la posibilidad de un resultado de prueba del COVID-19 falso positivo o falso negativo, sin importar el tipo de prueba que se realice. Dado el potencial de un falso negativo, entiendo que mi estudiante debe continuar siguiendo todas las recomendaciones de seguridad del COVID-19 y seguir los protocolos escolares para aislar y realizar pruebas en caso de que el estudiante desarrolle síntomas del COVID-19.
- E. Entiendo que mi estudiante **debe** quedarse en casa si no se siente bien. Reconozco que un resultado positivo de una prueba **individual** es una indicación de que mi estudiante debe permanecer en casa y no ir a la escuela, aislarse y continuar usando una mascarilla o una cubierta para la cara como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- F. Entiendo que el sistema escolar no actúa como el proveedor de servicios médico de mi estudiante, esta prueba no reemplaza el tratamiento por parte del proveedor de servicios médico de mi estudiante, y asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de la prueba de mi estudiante. Estoy

de acuerdo en buscar consejo médico, atención y tratamiento del proveedor de servicios médico de mi estudiante si tengo preguntas o preocupaciones, o si su condición empeora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier atención que mi estudiante reciba de su proveedor de atención médica.

- G. Entiendo que la prueba del COVID-19 puede 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 acuerdo con el 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. Además, entiendo que la PHI puede divulgarse a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y a cualquier otra parte, según lo autorice HIPAA (Ley de Contratación y Responsabilidad en los Seguros de Salud).
- H. Entiendo que la participación en las pruebas de COVID-19 puede requerir que la escuela revele la identidad, la información demográfica y de contacto de mi estudiante de los registros educativos al proveedor de la prueba y puede requerir que la escuela revele la identidad, la información demográfica y de contacto de mi estudiante de los registros educativos al Departamento de Salud Pública de Massachusetts. De acuerdo con FERPA, 34 CFR 99.30, autorizo a mi escuela a divulgar dicha información de identificación personal (PII) según sea necesario para que mi estudiante participe en las pruebas del COVID-19.
- I. Entiendo que autorizar estas pruebas del COVID-19 para mi estudiante es opcional y que puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, mi estudiante no se someterá a la prueba.
- J. 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 (kvozelas@haverhill-ps.org)
- K. 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 mi estudiante.

Nombre del niño/estudiante - Nombre en letra de molde:		Fecha de nacimiento del estudiante:
Padre/tutor Nombre en letra de molde:		
Firma del parente/tutor:		Fecha: