

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES PARA LAS PRUEBAS COMBINADAS Y DE SEGUIMIENTO OPCIONALES DE COVID-19
PROJECT BEACON O CIC HEALTH**

A SER COMPLETADO POR LOS PADRES O TUTORES

Información de los padres/tutores

No se le notificarán los resultados de las pruebas combinadas, pero sí se le notificarán los resultados de las pruebas de seguimiento individuales por teléfono o por correo electrónico.

Padre/Madre/Tutor Nombre en letra de molde:	
Nro. teléfono móvil/celular de padre/madre/tutor.: <i>Nota: los resultados se enviarán por mensaje de texto a este #</i>	
Padre/Madre/Tutor Dirección de correo electrónico:	

Información del niño/estudiante

Nombre en letra de molde del niño/estudiante:			
Nivel de grado:		Aula (de proceder):	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)		Edad:	
¿Ha sido el estudiante mencionado arriba diagnosticado con COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> Sí , mi estudiante ha dado positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos 90 días (nota: las personas que han dado positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos 90 días no deben participar en las pruebas combinadas). <input type="checkbox"/> No , mi estudiante no ha dado positivo en COVID-19 en los últimos 90 días.		

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:

- A. Autorizo la recolección y el análisis de una prueba semanal combinada de COVID-19 a mi estudiante durante el horario escolar, además de cualquier prueba individual de seguimiento de diagnóstico que sea necesaria para mi estudiante (incluyendo las pruebas rápidas de antígenos Abbott BinaxNOW y las pruebas de PCR/moleculares). Entiendo que todos los tipos de muestras serán no invasivas, hisopos nasales cortos.
- B. Entiendo que las pruebas combinadas no dan resultados individuales para cada miembro de un grupo, y que los resultados individuales de mi estudiante dentro de una prueba combinada no pueden ser compartidos conmigo. Sin embargo, entiendo y acepto que la información personal de salud y la información de identificación personal de mi estudiante en los expedientes educativos puede ser ingresada en la plataforma tecnológica del proveedor de pruebas para ayudar en el seguimiento de las pruebas combinadas y la identificación de los individuos que necesitan pruebas de seguimiento.
- C. Entiendo que se me notificarán los resultados de cualquier prueba individual de "seguimiento" de diagnóstico de COVID-19 realizada a mi estudiante.
- D. Entiendo que existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19 en las pruebas combinadas e individuales. Dado el potencial de un falso negativo, entiendo que mi estudiante debe seguir todas las pautas de seguridad de COVID-19, incluyendo el uso de máscaras y el distanciamiento

social, y seguir los protocolos de la escuela para el aislamiento y las pruebas en caso de que el estudiante desarrolle síntomas de COVID-19.

- E. Entiendo que el personal que administra las pruebas combinadas y las pruebas de seguimiento ha recibido capacitación sobre la administración segura y adecuada de las pruebas. Estoy de acuerdo en que ni el administrador de la prueba ni Keefe Regional Technical School, 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 combinadas.
- F. Entiendo además que mi estudiante **deberá** permanecer en casa si se siente mal. Reconozco que un resultado positivo de la prueba de seguimiento 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.
- G. 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.
- H. Entiendo que las pruebas de seguimiento pudieran crear información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y otra información de identificación personal del estudiante. De conformidad con el artículo 45 CFR 164.524(c)(3), autorizo y ordeno al organismo que proporciona las pruebas a transmitir dicha información a la escuela de mi estudiante, al Departamento de Salud Pública 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.
- I. Entiendo que la participación en las pruebas combinadas puede requerir que mi escuela revele la identidad de mi estudiante, su información demográfica y sus datos de contacto en los registros educativos al proveedor de las pruebas y, para las pruebas de seguimiento, requerirá 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 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 combinadas y de seguimiento.
- J. 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.
- K. 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 a Mindy Wade, RN at 508.416.2263.

Yo, el infrascrito, he sido informado sobre el propósito de la prueba, 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: