

Examen Voluntario de COVID-19 en la Escuela de NJ
Formulario de Consentimiento del Padre/Tutor para Estudiantes Menores de Edad

Las pruebas de los estudiantes maximizarán la longevidad del aprendizaje en persona al detectar, rastrear y aislar rápidamente a las personas COVID-19 positivas, ya sea que comiencen a mostrar síntomas o no. Y proporcionará tranquilidad a las familias y al personal. Las medidas de seguridad actuales vigentes, combinadas con pruebas para el personal y los estudiantes, reducirán el riesgo de transmisión y permitirán un acceso más consistente a la instrucción en persona para nuestros estudiantes.

¿Qué es la prueba?

Es una prueba de hisopado anterior-nasal (se inserta un hisopo corto no más largo que un Q-Tip típico en la parte frontal de la fosa nasal) y toma solo unos segundos para recolectar. Este es un método de recolección no invasivo.

¿Se compartirá esta información?

Esta información se compartirá solo con fines de salud pública, lo que puede incluir notificar a los contactos cercanos de su hijo/a si han estado expuestos a COVID-19 y tomar otras medidas para prevenir una mayor propagación de COVID-19 en su comunidad escolar. El intercambio de información sobre su hijo/a solo se hará de acuerdo con la ley aplicable y las políticas de la ciudad que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos de su hijo. Por lo tanto, no divulgaremos el nombre de su hijo/a y los resultados de las pruebas a entidades fuera del distrito escolar local y el departamento de salud.

Información del Estudiante	
Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino
Escuela:	Nivel de Grado:
Información del Padre/Tutor	
Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta):	Número de teléfono del padre/tutor:
Correo Electrónico del Padre/Tutor (se enviará una copia de este formulario a esta dirección de correo electrónico):	

Languex Translation LLC.

Certified Translation

Ohio Entity Number: 3996025

ATA Member ID: 217219

CONSENTIMIENTO

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

- He leído y entendido la información de este formulario de consentimiento y los documentos relacionados, como las Hojas de Datos para Pacientes.
- Autorizo la recopilación y prueba de una prueba COVID-19 individual semanal en mi hijo/a durante el horario escolar, a través del Programa de Pruebas COVID de las escuelas de NJ.
- Autorizo la recolección y prueba de cualquier antígeno Rapid individual y/o PCR/prueba de diagnóstico molecular en mi hijo, al permitir que mi hijo/a proporcione una muestra de hisopo nasal para la prueba.
- Entiendo que todos los tipos de muestras serán hisopos nasales cortos y no invasivos.
- Acepto permitir que la información personal de mi hijo/a se divulgue al laboratorio clínico que procesará la prueba de mi hijo/a.
- Acepto que la muestra de mi hijo/a sea analizada por CRSP para detectar SARS-CoV-2 y/o mediante una prueba rápida de antígenos.
- Entiendo que Broad Institute puede divulgar los resultados de las pruebas de su hijo/a a la escuela, así como a los departamentos de salud locales y estatales.
- Acepto permitir que mi hijo/a regrese para las pruebas confirmatorias si así lo solicita la institución educativa de mi hijo.
- Entiendo que se me notificará sobre los resultados POSITIVOS de cualquier prueba de diagnóstico individual para COVID-19.
- Independientemente de los resultados de la prueba, los estudiantes DEBEN cumplir con todas las pautas de seguridad escolar de COVID-19, incluido el uso de máscaras y el distanciamiento social, y seguir los protocolos escolares para aislar y evaluar en caso de que el estudiante desarrolle síntomas de COVID-19.
- Entiendo que el personal que administra pruebas individualizadas ha recibido capacitación sobre la administración segura y adecuada de las pruebas. Acepto que ni el administrador de la prueba ni ninguno de sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de ningún accidente o lesión que pueda ocurrir por la participación en el programa de pruebas COVID-19.
- Entiendo que mi hijo/a debe quedarse en casa si se siente mal. Reconozco que un resultado positivo de una prueba individual es una indicación de que mi hijo/a debe quedarse en casa y no ir a la escuela, aislarse y continuar usando una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros. Las fechas de aislamiento serán asignadas por el equipo de rastreo de contactos del distrito.
- Entiendo que el sistema escolar no está actuando como el proveedor médico de mi hijo, esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor médico de mi hijo, y asumo la responsabilidad completa y completa de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de las pruebas de mi hijo. Acepto que buscaré consejo médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi hijo/a si tengo preguntas o inquietudes, o si su condición empeora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier atención que mi hijo/a reciba de su proveedor de atención médica.

Languex Translation LLC.

Certified Translation

Ohio Entity Number: 3996025

ATA Member ID: 217219

- Doy mi consentimiento para que el nombre de mi hijo, los resultados de las pruebas de COVID-19 y toda la información incluida en esta autorización sean divulgados por y entre el Programa de Pruebas de COVID de la escuela de NJ y sus proveedores de servicios contratados, y las agencias de salud pública con el fin de coordinar las pruebas, notificar los resultados y otros fines de salud pública.
- Entiendo que las pruebas individualizadas pueden crear información médica protegida (PHI) y otra información de identificación personal (PII) de mi hijo. De conformidad con 45 CFR 164.524 (c) (3), autorizo y ordeno al proveedor de pruebas que transmita dicha PHI a la escuela de mi hijo, a los departamentos de salud locales y estatales y al laboratorio de pruebas. Además, entiendo que la PHI puede ser divulgada a la Oficina Ejecutiva del Departamento de Salud y cualquier otra parte, según lo autorizado por HIPAA.
- Entiendo que autorizar estas pruebas de COVID-19 para mi hijo/a es opcional y puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, mi hijo/a no se hará la prueba.
- Este permiso estará vigente a partir de la fecha de mi firma y en cualquier momento en que mi hijo esté inscrito en el programa de pruebas COVID de la escuela de NJ a menos que termine esta autorización por escrito. Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es solo prospectiva y no afectará la información que ya he permitido que se divulgue. Para cancelar este permiso para las pruebas de COVID-19, comuníquese con la enfermera de la escuela.

Acepto voluntariamente esta prueba de SARS-CoV-2 para mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor:	Fecha:
-------------------------------	---------------

Languex Translation LLC.

Certified Translation

Ohio Entity Number: 3996025

ATA Member ID: 217219