

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA EL EXAMEN OPCIONAL COVID-19

El Distrito Escolar Independiente de Natalia se toma muy en serio la salud y la seguridad de nuestros estudiantes y sus familias. Como tal, además de los pasos para detectar el virus y prevenir su propagación en un campus, estamos agregando un programa voluntario K-12 de pruebas COVID-19 de grado para estudiantes. Este programa utiliza las pruebas BinaxNOW de Abbott Laboratories proporcionadas por el gobierno federal. Solo a probaremos con el consentimiento adjunto firmado por el padre / tutor del estudiante. El padre / tutor debe estar presente durante la prueba. Si está dispuesto a darnos su consentimiento para que le administremos esta prueba a su hijo o a usted mismo (si es un estudiante mayor de 18 años), realice este formulario.

¿Qué es la Prueba?

Si su hijo tiene síntomas o forma parte de un grupo designado para la prueba, si usted da su consentimiento, su hijo recibirá una prueba rápida BinaxNOW gratuita para el virus COVID-19. La recolección de una muestra para la prueba implica el uso de un hisopo, similar a un hisopo, colocado dentro de la punta de la nariz. Un miembro del personal de la escuela que haya sido capacitado para usar esta prueba recolecta la muestra y un administrador de la prueba COVID-19 capacitado supervisará el proceso. Los resultados de las pruebas estarán disponibles para el padre / tutor que firme este formulario a continuación. Los resultados se enviarán por mensaje de texto y correo electrónico dentro de las 24 horas posteriores a la prueba. Este programa es **completamente opcional** para los estudiantes, aunque esperamos que elija hacerse el examen para mantener nuestras escuelas lo más saludables y seguras posible. Las pruebas se ofrecen además de los protocolos de seguridad existentes, como el uso de máscaras, el distanciamiento social y la desinfección frecuente de superficies.

¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo?

Si su hijo o usted (si es un estudiante de 18 años o mayor) da positivo por el virus, su hijo será trasladado a un salón alejado de otros estudiantes y del personal hasta que pueda recogerlo. Le pedimos que mantenga a su hijo en casa hasta que finalice el período de infección (generalmente, después de que los síntomas mejoren y al menos 10 días a partir de la fecha en que aparecen los primeros síntomas), y su hijo ya no es contagioso. Si los resultados de la prueba de su hijo son negativos, el virus no se encontró en la muestra analizada y su hijo puede continuar asistiendo a la escuela sin interrupción. En una pequeña cantidad de casos, las pruebas a veces producen resultados incorrectos, mostrando resultados negativos (llamados "falsos negativos") en personas que tienen COVID-19 o mostrando resultados positivos (llamados "falsos positivos") en personas que no tienen COVID-19. Si el resultado de su hijo es negativo pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa la exposición de su hijo al COVID-19, debe llamar al médico de su hijo, a una autoridad médica autorizada o al departamento de salud local.

Síntomas conocidos: las

Las personas con COVID-19 han informado de una amplia gama de síntomas, que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de **2 a 14 días después de la exposición al virus**. Las personas con estos síntomas pueden tener COVID-19:

- Sensación de fiebre o una temperatura medida mayor o igual a 100.0 grados Fahrenheit
- Pérdida del gusto o del olfato
- Tos
- Dificultad para respirar
- Falta de aire
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Escalofríos
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal
- Temblores o escalofríos exagerados
- Músculo significativo dolor o dolor
- Diarrea
- Náuseas o vómitos

Esta lista no incluye todos los síntomas posibles.

Descargo de responsabilidad: si

Si bien sabemos que se tomarán precauciones para la seguridad de los estudiantes, por favor comprenda que ni el administrador de la prueba ni Natalia ISD, ni ninguno de sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de cualquier accidente o lesiones que puedan ocurrirle. su hijo o usted mismo (si es un estudiante de 18 años o mayor), como resultado de haber aceptado la prueba.

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE ADULTO			
Información del padre / tutor			
<i>Se le notificará con los resultados de la prueba ya sea por teléfono celular o correo electrónico, o ambos.</i>			
Padre / tutor Imprimir Nombre:			
padre / tutor celular / móvil #: <i>Nota: Los resultados se enviaron un mensaje a este celular #</i>			
padre / tutor Dirección de correo electrónico:			
Información del Niño / Estudiante del			
niño / estudiante Imprimir Nombre:			
Escuela ID #:			
Licencia de conducir: <i>(si (aplicable))</i>			
Dirección:	Ciudad:		Estado:
Código postal:	Condado:		
Escuela:		Nivel de grado:	
Fecha de nacimiento: <i>(DD / MM / AAAA)</i>		Edad:	
Raza / Etnia:	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano / Indígena <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> desconocido	Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro / Desconocido
CONSENTIMIENTO			
Al firmar a continuación, doy fe de que:			
<p>A. Autorizo al sistema escolar a realizar la recolección y la prueba de mi hijo o de mí (si es un estudiante de 18 años o mayor) para detectar COVID-19 mediante un hisopo nasal. Si el empleado de la escuela que está realizando la prueba en su hijo / estudiante siente que no es seguro, tiene derecho a negarse a realizar esta prueba y referir a otro lugar de prueba.</p> <p>B. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi hijo o yo (si es un estudiante de 18 años o más), debemos aislarnos por nosotros mismos y también continuar usando una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros.</p> <p>C. 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 total y total de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo. Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi hijo si tengo preguntas o inquietudes, o si su condición empeora.</p> <p>D. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19.</p>			
Yo, el responsable, he sido informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y eh recibido una copia de este Consentimiento informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ah dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba para COVID-19.			
Firma del padre / tutor:		Fecha:	
Firma del estudiante: <i>(si tiene 18 años o más o está autorizado para dar su consentimiento)</i>		Fecha:	