

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA PRUEBAS OPCIONALES DE COVID-19**A COMPLETAR POR EL PADRE / TUTOR****Información para padres/tutores**

El Distrito Escolar de Nashua (NSD) ofrece pruebas rápidas de antígenos COVID-19 para estudiantes de K-12 que presentan síntomas de COVID mientras están en la escuela. Una prueba rápida de COVID-19 es una prueba de antígeno que puede detectar rápidamente la presencia de una infección actual. La prueba rápida de antígenos es para personas con síntomas y dentro de un período de tiempo específico después del inicio de los síntomas. NSD requiere que los padres, tutores y estudiantes mayores de 18 años brinden su consentimiento formal para realizar la prueba COVID-19 en la escuela y firmar este formulario a continuación.

Padre/Tutor Nombre impreso:	
Padre/Tutor Cell/Móvil #:	
Padre/Tutor Dirección de correo electrónico:	

Información para niños/estudiantes

Nombre impreso del niño/estudiante:			
Nivel de grado:			
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)			
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	
Raza (elige una):	<input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> negro / afroamericano <input type="checkbox"/> nativo hawaiano/ isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo		
Etnicidad (elija uno):	<input type="checkbox"/> Hispano o Latinx <input type="checkbox"/> No Hispano o Latinx <input type="checkbox"/> Prefiere no decir	Género: (si se aplica más de una opción, seleccione Otro)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo

CONSENTIMIENTO

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

- A. Autorizo la recolección y prueba de una muestra de COVID-19 de mi estudiante en la escuela. Entiendo que la escuela de mi estudiante determinará qué tipos de pruebas se ofrecen a mi estudiante y me informará de los servicios que la escuela está administrando antes del inicio de, o cualquier cambio en, el programa de pruebas COVID-19 de la escuela.
 - i. La prueba actual que se ofrece es la prueba de antígeno rápido COVID-19 de Abbott BinexNow. El tipo de prueba puede estar sujeto a cambios en función de la disponibilidad del suministro.
- B. Entiendo que la escuela está proporcionando pruebas individuales en individuos sintomáticos: para cuando las personas presentan síntomas mientras están en la escuela.
- C. Entiendo que mi estudiante **debe** quedarse en casa si se siente mal y no debe ser enviado a la escuela con el propósito de realizar pruebas.
- D. Se me notificará antes de que mi estudiante reciba un examen.
- E. Entiendo que el tipo de muestra serán hisopos nasales cortos y no invasivos.
- F. Entiendo que se me notificará sobre los resultados de cualquier prueba individual para COVID-19 realizada a mi estudiante.
- G. Entiendo que existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba de COVID-19, 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 pautas de seguridad de COVID-19 y seguir los protocolos escolares para aislarse y realizar pruebas en caso de que el estudiante desarrolle síntomas de COVID-19.

- H. Reconozco que un resultado **positivo** de la prueba requerirá que mi estudiante se quede en casa y no vaya a la escuela y que se recomienda encarecidamente que se aíse por sí mismo y continúe usando una máscara o cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- I. Entiendo que el sistema escolar no actúa como el proveedor médico de mi estudiante, esta prueba no reemplaza el tratamiento por parte del proveedor médico de mi estudiante, y asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de la prueba de mi estudiante. Entiendo que la escuela recomienda encarecidamente que busque asesoramiento médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi estudiante si tengo preguntas o inquietudes, o si su condición empeora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier atención que mi estudiante reciba de su proveedor de atención médica.
- J. Entiendo que las pruebas de COVID-19 pueden crear información de salud protegida (PHI) y otra información de identificación personal del estudiante, y dicha información solo se accederá, utilizará y divulgará de acuerdo con HIPAA y la ley aplicable.
- K. Entiendo que la participación en las pruebas COVID-19 requerirá que la escuela revele la identidad, información demográfica y de contacto de mi estudiante al Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire, División de Salud Pública de acuerdo con la ley estatal RSA 141-C: 7 y RSA 141-C: 8. Autorizo a mi escuela a divulgar la información de identificación personal (PII) que se requiere para que mi estudiante participe en las pruebas COVID-19.
- L. Entiendo que el personal de enfermería que administra todas las pruebas de COVID-19 ha recibido capacitación sobre la administración segura y adecuada de las pruebas. Acepto que ni el administrador de la prueba ni el Distrito Escolar de Nashua 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.
- M. 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 examinado.
- N. Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es solo con miras al futuro y no afectará la información publicada anteriormente. Para cancelar este permiso para la prueba COVID-19, necesito comunicarme con la enfermera de la escuela.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba 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 me han dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba de COVID-19 para mi estudiante.

Firma del padre /tutor:		Fecha:
--------------------------------	--	---------------