

## Formulario de consentimiento del Project COVID DeteCT de Progressive

Las pruebas que se realizan en las escuelas sin costo para los estudiantes que no están vacunados maximizarán la longevidad del aprendizaje presencial mediante la detección, el rastreo y el aislamiento rápidos de las personas que obtengan resultados positivos en la prueba de detección de la COVID-19. Las pruebas de COVID-19 ayudarán a reducir el riesgo de transmisión y permitirán a los estudiantes tener un acceso más constante a la enseñanza presencial. Este formulario de consentimiento cubrirá la duración del Project COVID DeteCT (Proyecto COVID DeteCT).

### ¿En qué consiste la prueba?

Es una prueba que se realiza con un hisopo nasal anterior (un hisopado no invasivo de la parte inferior de las fosas nasales) y solo se tarda unos segundos en recoger la muestra. Se trata de un método de recogida no invasivo.

### ¿Se compartirá esta información?

Esta información se compartirá únicamente con fines de salud pública, como por ejemplo, la notificación a los contactos estrechos de su hijo si estuvieron expuestos a la COVID-19, así como la adopción de otras medidas para prevenir la propagación de la COVID-19 en la comunidad escolar. Solo se compartirá información sobre su hijo de conformidad con las leyes aplicables y las políticas de la ciudad que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos de su hijo.

Información del estudiante: <b>(obligatoria)</b>	
<b>Nombre del estudiante:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
<b>Raza (opcional):</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico	<b>Origen étnico (opcional):</b> <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino
<b>Escuela:</b>	<b>Grado escolar:</b>
Información del padre, de la madre o del tutor: <b>(obligatoria)</b>	
<b>Nombre del padre, de la madre o del tutor (en letra de imprenta):</b>	<b>N.º de teléfono del padre, de la madre o del tutor:</b>
<b>Correo electrónico del padre, de la madre o del tutor:</b>	

## CONSENTIMIENTO

El distrito escolar local de mi hijo, en colaboración con el Department of Public Health (DPH, Departamento de Salud Pública), dispone lo necesario para realizar esta prueba con Progressive Diagnostics, y el DPH paga esta prueba en mi nombre. Al completar y enviar este formulario, confirmo que soy el padre, la madre, el tutor o la persona legalmente autorizada para dar su consentimiento y:

- Entiendo que esta prueba puede generar protected health information (PHI, información de salud protegida) de mi hijo. Por la presente autorizo a Progressive Diagnostics, y a sus subsidiarias y empresas afiliadas, a divulgar dicha PHI al DPH y al distrito escolar de mi hijo.
- Autorizo la recolección y la realización de una prueba semanal de PCR combinada y una prueba molecular de PCR individual para detectar la COVID-19, según corresponda, en mi hijo no vacunado durante el horario escolar, mediante este programa de pruebas.
- Entiendo que la recogida de la muestra se realizará con un hisopo nasal anterior (un hisopado no invasivo de la parte inferior de las fosas nasales) y dura solo unos segundos.
- Entiendo que se me notificarán los resultados POSITIVOS de cualquier prueba de PCR combinada e individual. Los resultados negativos estarán disponibles en el secure patient portal (portal seguro para pacientes) de mi hijo.
- Independientemente de los resultados de las pruebas, los estudiantes no solo DEBEN cumplir con todas las pautas de seguridad escolar frente a la COVID-19, incluidos el uso de mascarillas y el distanciamiento social, sino también seguir los protocolos de la escuela para el aislamiento y la realización de pruebas en caso de que el estudiante presente síntomas de COVID-19.
- Entiendo que mi hijo debe quedarse en casa si se siente mal. Reconozco que un resultado positivo de la prueba individual es una indicación de que mi hijo debe permanecer en casa, aislarse y continuar usando mascarilla o tapaboca según se indique 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 actúa como proveedor de atención médica de mi hijo y que esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor de atención médica de mi hijo. Asumo la completa y total responsabilidad de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo. Acepto acudir al proveedor de atención médica de mi hijo a fin de obtener asesoramiento, cuidados y tratamientos médicos en caso de tener preguntas o preocupaciones, o si su afección empeora. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier servicio de atención médica que mi hijo reciba por parte de su proveedor.
- Entiendo que autorizar estas pruebas para mi hijo no vacunado es opcional y que puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, mi hijo no se realizará las pruebas.
- Entiendo que puedo cambiar de opinión y anular este consentimiento en cualquier momento, pero que dicha anulación es solo prospectiva y no afectará la información que ya consentí que se divulgue.

Firma del tutor (**obligatoria**):

Fecha: