

Formulário de autorização do Project COVID DeteCT da Quest Diagnostics

Os testes escolares gratuitos para estudantes não vacinados visam otimizar a duração do ensino presencial detectando, rastreando e isolando rapidamente os alunos com resultado positivo para COVID-19. Os testes de COVID-19 ajudarão a reduzir o risco de transmissão e possibilitarão aos estudantes um acesso contínuo ao ensino presencial. Este formulário de autorização abrangerá a duração do Project COVID DeteCT (Projeto de detecção de COVID).

O que é o teste?

O teste é feito introduzindo um cotonete longo e estéril (swab) na narina (procedimento não invasivo aplicado na região inferior nasal) e dura apenas alguns segundos para coletar. Este é um método de coleta não invasivo.

Estas informações serão compartilhadas?

Estas informações serão compartilhadas apenas por questões de saúde pública, podendo incluir a notificação de contatos próximos ao seu filho caso eles tenham sido expostos à COVID-19, além de outras medidas para evitar a propagação da doença na comunidade escolar. As informações do seu filho serão compartilhadas somente de acordo com as leis aplicáveis e as políticas da cidade que protegem a privacidade dos alunos e a segurança dos dados do seu filho.

Informações do aluno: obrigatório	
Nome do aluno:	Data de nascimento:
Endereço:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro
Raça (opcional): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo do Alaska <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo do Alaska <input type="checkbox"/> Havaiano/das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Havaiano/das Ilhas do Pacífico	Etnia (opcional): <input type="checkbox"/> Hispânico/Latino <input type="checkbox"/> Não Hispânico/Latino
Escola:	Série:
Informações dos pais ou do responsável legal: preenchimento obrigatório	
Nome do pai/responsável (letra de forma)	N.º de telefone do pai/responsável
E-mail do pai/responsável:	

AUTORIZAÇÃO

O distrito escolar local do meu filho, em colaboração com o Connecticut Department of Public Health (DPH, Departamento de saúde pública de Connecticut), está organizando a testagem e o DPH está pagando pelos testes em meu nome. Autorizo a Quest Diagnostics Incorporated e suas subsidiárias e empresas afiliadas ("Quest Diagnostics") a divulgar minhas protected health information ("PHI", informações de saúde protegidas) tal como descrito nesta Autorização à Transformative Healthcare LLC, que está concedendo a autoridade prescritiva, ao Connecticut Department of Public Health (DPH) e ao distrito escolar do meu filho. Ao preencher e enviar este formulário, eu confirmo que sou o pai, tutor ou responsável legal autorizado para fornecer autorização e:

- Autorizo a coleta e a análise de um PCR agrupado semanal ou de um teste PCR individual molecular de COVID-19 no meu filho não vacinado durante o horário escolar, por meio do programa de teste de triagem do Connecticut Department of Public Health e do Connecticut State Department of Education (Departamento de educação do estado de Connecticut).
- Autorizo a coleta e testagem de qualquer teste PCR individual ou agrupado no meu filho não vacinado.
- Compreendo que todos os tipos de amostra dos testes são coletados introduzindo um cotonete longo e estéril (swab) na narina (procedimento não invasivo aplicado na região inferior nasal) que dura apenas alguns segundos para coletar.
- Independentemente dos resultados dos testes, os alunos DEVEM seguir todas as orientações de segurança da escola sobre a COVID-19, incluindo o uso de máscaras e o distanciamento social, além de seguir os protocolos escolares para isolamento e testagem no caso de o aluno desenvolver sintomas de COVID-19.
- Compreendo que o meu filho deve ficar em casa caso não esteja se sentindo bem. Reconheço que o resultado de um teste individual positivo é uma indicação de que o meu filho deve ficar em casa, isolar-se e continuar usando a máscara ou cobrir o seu rosto como indicado, para evitar infectar os demais. As datas de isolamento serão atribuídas pela equipe distrital de rastreamento de contatos.
- Compreendo que o sistema escolar não está agindo como o provedor médico do meu filho, estes testes não substituem o tratamento pelo provedor médico do meu filho e eu assumo total e plena responsabilidade de tomar as medidas adequadas em relação aos resultados dos testes do meu filho. Concordo em procurar aconselhamento médico, cuidados e tratamento do médico do meu filho se eu tiver perguntas, preocupações ou se a sua condição piorar. Compreendo que sou financeiramente responsável por qualquer cuidado que o meu filho receba do seu prestador de assistência médica.
- Ao assinar este documento, também aceito receber os resultados do teste semanal da Transformative Healthcare LLC por e-mail, mensagem de texto e, se necessário, chamada de voz automática.
- Compreendo que autorizar estes testes para o meu filho não vacinado é opcional e que posso recusar-me a dar essa autorização, fazendo com que o meu filho não seja testado.
- Compreendo que posso mudar de ideia e retirar esta autorização a qualquer momento, mas que tal cancelamento é apenas para testes futuros e não afetará as informações que já autorizei divulgar.

Assinatura do responsável (**obrigatório**):

Data: