

Consentimiento y Registro de Administración - DISTRITO ESCOLAR DE NORTH FOND DU LAC LAC CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS ESCOLARES COVID-19

El Distrito Escolar de North Fond du Lac está utilizando este formulario para recibir su consentimiento para realizar la prueba de COVID-19 a su hijo y para compartir los datos recopilados con las autoridades pertinentes.

¿Qué es la prueba?

Con su consentimiento, su hijo recibirá una prueba de diagnóstico gratuita para el virus que causa COVID-19. La recolección de una muestra para la prueba implica la inserción de un hisopo pequeño, similar a un hisopo de algodón, en ambas fosas nasales.

¿Cómo me enteraré de los resultados de la prueba?

Si su hijo tiene una muestra recolectada para la prueba en la escuela, se le notificará el resultado de la prueba o se le informará cómo se recibirá el resultado de la prueba (por ejemplo: por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico).

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

Si la prueba es positiva, esto significa que se detectó el virus en la muestra de su hijo. Recibirá los resultados de parte de la escuela de su hijo o de un profesional capacitado sobre esta prueba. Se le pedirá que recoja a su hijo y se le proporcionará información sobre cómo mantener a su hijo en casa, hacer una cita

con su proveedor médico y cuándo puede regresar su hijo a la escuela. Si los resultados de la prueba de su hijo son negativos, esto significa que el virus no se detectó en la muestra de su hijo en este momento. Se le pedirá que siga las instrucciones proporcionadas por la escuela de su hijo después del resultado de esta prueba.

Consentimiento y Registro de Administración - DISTRITO ESCOLAR DE NORTH FOND DU LAC CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS ESCOLARES COVID-19

Información de Contacto – Completado por el padre/guardián o estudiante (si tiene 18 años de edad o más) - Imprenta Solamente				
Apellido del Estudiante:		Primer Nombre del Estudiante:		MN:
Dirección:		Ciudad:	Estado: WI	Código Postal:
Fecha De Nacimiento (MM/DD/AAAA):	Edad:	Número de Identificación Estudiantil:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Gender: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero – Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero – Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero – No especificado o género no específico <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro _____				
Raza: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Multi-raza			Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
Apellido del padre/guardián legal:		Nombre del padre/guardián legal:		Número de Teléfono:

Al firmar a continuación, doy fe de que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el niño mencionado anteriormente.
- Doy mi consentimiento para que la escuela pueda notificar a mi hijo sobre los resultados de la prueba.
- Doy mi consentimiento para que mi hijo se haga la prueba de COVID-19 cuando sea necesario y entiendo que mi hijo puede ser examinado varias veces.
- Doy mi consentimiento para que mi hijo sea examinado por el personal de la escuela, el personal de atención médica contratado, el personal del Departamento de Salud Local y Tribal y / u otro personal capacitado según lo indique la escuela. Entiendo que si mi hijo tiene entre 14 y 17 años, se le pedirá que brinde su consentimiento verbal para ser examinado.
- Entiendo que este formulario de consentimiento será válido hasta el **30/7/2022** a menos que notifique por escrito a la persona de contacto designada de la escuela de mi hijo para revocar mi consentimiento.
- Entiendo que los resultados de las pruebas pueden ser compartidos con la escuela, el médico ordenante, el condado y otras autoridades de salud pública locales, estatales y federales, así como con otros socios de pruebas según lo permita la ley.
- Entiendo que si soy un estudiante de 18 años o más, o puedo dar mi consentimiento legal para mi propia atención médica, las referencias a "mi hijo" se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi propio nombre.

Visite la página web sobre el coronavirus de los CDC para obtener más información sobre la enfermedad y cómo mantenerlos a usted y a su familia a salvo: www.cdc.gov/coronavirus.

FIRMA: Padre/ Guardián o estudiante (si tiene 18 años o más)

FECHA: