



## Unidad Comunitaria del Distrito Escolar 10 Collinsville: Autorización y Consentimiento para Hacer una Prueba de COVID-19

A la Unidad Comunitaria del Distrito Escolar 10 de Collinsville (“El Distrito”) se le ha ofrecido la oportunidad de participar en pruebas rápidas para los escenarios K-12. Como padres/guardián legal de un estudiante \_\_\_\_\_ (nombre del estudiante), por la presente autorizo y expreso mi consentimiento a la Unidad Comunitaria del Distrito Escolar 10 de Collinsville para que a mi Estudiante se le haga la prueba del COVID-19. Yo comprendo que un hisopo nasal va a ser recolectado de mi hijo(a) y se le va a hacer una prueba de COVID-19 utilizando un método de Prueba de Cuidado Antígeno de Punto Rápido.

Si a su hijo(a) se le hace una prueba en la escuela, se le notificará a usted de los resultados. Si su hijo(a) recibe un resultado positivo usted va a ser contactado inmediatamente para que usted recoja a su hijo(a) de la escuela y va a requerir seguir el proceso normal de obtener documentación para regresar a la escuela. Los beneficios potenciales de la prueba incluyen la rápida confirmación de sospecha de COVID-19, ayudar a la persona que le proporciona cuidados de salud a su hijo(a) hacer una decisión oportuna informada acerca del plan de cuidado para su hijo(a), y ayudar a limitar la propagación del COVID-19. Yo comprendo los potenciales riesgos incluyendo la posibilidad de resultados incorrectos de la prueba debido a relaciones con falsos positivos y falsos negativos. Yo comprendo que la Unidad Comunitaria del Distrito Escolar 10 de Collinsville no está actuando como proveedor médico de mi hijo(a) y que esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor médico de mi hijo(a). Yo asumo completa y total responsabilidad de tomar acción apropiada acerca de los resultados de la prueba de mi hijo(a). Yo estoy de acuerdo en que voy a buscar asesoramiento médico, cuidado, y tratamiento del proveedor médico de mi hijo si yo tengo preguntas o preocupaciones, o si la condición de mi hijo empeora.

**Divulgación a las Autoridades Gubernamentales:** Yo reconozco que los resultados de la prueba del COVID-19 de mi hijo(a) e información asociada puede ser compartida con apropiadas entidades regulatorias como sean permitidas por la ley, condado, estado o gubernamentales. Yo permito a la Unidad Comunitaria del Distrito Escolar 10 de Collinsville que libere los resultados de la prueba de mi hijo(a) y la información asociada con las personas o entidades requeridas para el control, prevención o mitigación en la propagación del COVID-19.

**Liberación:** En la máxima extensión permitida por la ley, por la presente libero, libero de cargos, y la mantengo inofensiva a la Unidad Comunitaria del Distrito Escolar 10 de Collinsville, incluyendo, sin limitaciones, a cualquiera de sus respectivos oficiales, directores, empleados, representantes y agentes de cualquiera y todos las reclamaciones, responsabilidades y daños, de cualquier tipo o naturaleza, que surja fuera de o en conexión con cualquier acto u omisión relacionada con el diagnóstico de la prueba de COVID-19 de mi hijo(a) o la divulgación de los resultados de la prueba de COVID-19 de mi hijo(a).

Yo comprendo y estoy de acuerdo que el Distrito puede estar protegido de responsabilidad por el Acta de Disposición Pública y Preparación para Emergencias (42 U.S.C. § 247d et seq.) y/o el Acta Gubernamental de Empleados Inmunidad Extracontractual (745 ILCS 10/1-101, et seq.) de cualquier reclamación del estado o federal o de litigios por daños incluyendo, pero no limitados a, lesiones personales, muerte, enfermedad, pérdida de propiedad, daños y/o cualquier otra pérdida, incluyendo pero no limitada a, reclamos de negligencia relacionados a la administración del Distrito de la Prueba de Diagnostico a mi estudiante.

Yo admito y estoy de acuerdo que he leído, comprendido y estoy de acuerdo en las declaraciones contenidas dentro de esta forma. Yo he sido informado acerca del propósito del diagnóstico de la prueba del COVID-19 y de los riesgos y beneficios, a mi se me ha proporcionado una oportunidad de hacer preguntas antes de proceder con la Prueba de Diagnóstico del COVID-19 y yo comprendo que si yo no deseo continuar con la recolección, prueba, o análisis de la Prueba de Diagnóstico del COVID-19, yo puedo declinar el que mi estudiante reciba la prueba. Yo he leído el contenido de esta forma y en su totalidad dar consentimiento voluntario para que mi estudiante se someta la Prueba de Diagnóstico para el COVID-19.

Esta autorización es válida hasta que sea revocada por escrito por uno de los padres o guardián legal o que no sea necesario bajo la ley. Yo tengo la autoridad legal, basada bajo mi relación con el Estudiante, para dar consentimiento a la administración de esta prueba para el Estudiante.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela del Estudiante: \_\_\_\_\_ grado del estudiante en la escuela \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Estudiante (Mes, Día, Año): \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Guardián Legal (imprenta por favor): \_\_\_\_\_

Firma de los Padres/Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia y relación con el Estudiante \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje con el contacto de emergencia? **SI / NO**