

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO AL ESTUDIANTE, PARA LAS PRUEBAS OPCIONALES DE COVID-19  
CONJUNTAS, LAS PRUEBAS DE SEGUIMIENTO Y LAS PRUEBAS ABBOTT BINAXNOW**

**PARA QUE LO COMPLETE EL PADRE/TUTOR**

**Información del Padre/Tutor**

*No se le notificará sobre los resultados de las pruebas conjuntas, pero se le notificarán los resultados de las pruebas de diagnóstico individuales por teléfono o correo electrónico.*

<b>Nombre del Padre/Tutor:</b> (en letra de imprenta)	
<b>Celular del Padre/Tutor:</b> <i>Nota: Los resultados se enviarán por mensaje de texto a este # de celular.</i>	
<b>Correo Electrónico del Padre/Tutor:</b>	

**Información del Niño/Estudiante**

<b>Nombre del Niño o Estudiante:</b> (en letra de imprenta)			
<b>Nivel del Grado:</b>		<b>Aula</b> (si es aplicable):	
<b>Fecha de Nacimiento:</b> (Mes/Día/Año)		<b>Edad:</b>	
<b>¿Ha sido el estudiante anteriormente mencionado diagnosticado con COVID-19 en los últimos 90 días?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> , mi estudiante ha dado positivo al COVID-19 en los últimos 90 días (nota: las personas que han dado positivo al COVID-19 en los últimos 90 días no deben participar en las pruebas conjuntas).  <input type="checkbox"/> <b>No</b> , mi estudiante no ha dado positivo a las pruebas de COVID-19 en los últimos 90 días.		

**CONSENTIMIENTO**

Al completar y enviar este formulario, yo confirmo que soy el padre, el tutor o la persona legalmente autorizada para dar mi consentimiento y:

- A. Autorizo que a mi estudiante se le recojan muestras y se le haga la prueba de COVID-19 agrupada semanal durante el horario escolar.
- B. Autorizo a recoger muestras para cualquier prueba de diagnóstico individual que mi estudiante necesite, incluidas las pruebas rápidas de antígeno Abbott BinaxNOW y las de PCR/moleculares.
- C. Entiendo que todos los tipos de muestras serán de saliva o hisopos nasales cortos no invasivos.
- D. Entiendo que las pruebas agrupadas no producen resultados individuales para cada miembro de un conjunto, y que los resultados individuales de mi estudiante en una prueba agrupada no pueden compartirse conmigo. Sin embargo, entiendo y acepto que la información de salud personal de mi estudiante y la información de identificación personal de los registros educativos pueden ingresarse en la plataforma tecnológica del proveedor de pruebas para ayudar con el seguimiento de las pruebas agrupadas e identificar a las personas que necesiten pruebas de seguimiento.
- E. Entiendo que se me notificará sobre los resultados de cualquier prueba de diagnóstico individual de COVID-19, incluida cualquier prueba de antígeno Abbott BinaxNOW COVID-19 que se le haga a mi estudiante.
- F. Entiendo que existe la posibilidad de obtener un resultado falso positivo o falso negativo en la prueba de COVID-19 agrupadas o individuales. Dado el potencial de un falso negativo, entiendo que mi estudiante debe continuar siguiendo todas las pautas de seguridad del COVID-19, incluido el uso de máscaras y el distanciamiento social, y seguir los protocolos de la escuela de aislamiento y hacerse pruebas en caso de que el estudiante desarrolle síntomas de COVID-19.
- G. Entiendo que el personal que administra las pruebas conjuntas, las pruebas de seguimiento y las pruebas Abbott BinaxNOW ha recibido capacitación sobre la administración segura y adecuada de las pruebas. Estoy de acuerdo en que ni el administrador de la prueba, ni las Escuelas Públicas de Northampton, ni ninguno de sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la



organización son responsables de cualquier accidente o lesiones que puedan ocurrir por la participación en el programa de pruebas de COVID-19.

- H. Entiendo que mi estudiante **tiene** que quedarse en la casa si se siente mal. Reconozco que un resultado positivo de una prueba **individual** es indicativo de que mi estudiante tiene que quedarse en la casa y no ir a la escuela, aislarse y continuar usando una máscara o cobertura facial como se indica, en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- I. Entiendo que el sistema escolar no está actuando como el proveedor médico de mi estudiante, que esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor médico de mi estudiante, y asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas apropiadas en relación con los resultados de la prueba de mi estudiante. Acepto que buscaré consejo 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 el seguimiento y las pruebas Abbott BinaxNOW pueden crear información de salud protegida (PHI) y otra información de identificación personal del estudiante. De conformidad con la ley 45 CFR 164.524 (c) (3), yo autorizo e indico al proveedor de las pruebas que transmita dicha PHI a la escuela de mi estudiante, al Departamento de Salud Pública y al laboratorio de pruebas. Además, entiendo que la PHI puede ser divulgada a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y a cualquier otra parte, según lo autorizado por HIPAA.
- K. Entiendo que la participación en las pruebas conjuntas puede requerir que la escuela revele la identidad de mi estudiante, la información demográfica y la información de los contactos de los registros educativos al proveedor de la prueba, y para el seguimiento o las pruebas Abbott BinaxNOW, se requerirá que la escuela revele la identidad de mi estudiante, la información demográfica y la información de los contacto de los registros educativos al Departamento de Salud Pública. De conformidad con FERPA, 34 CFR 99.30, yo autorizo a mi escuela a divulgar la información de identificación personal (PII) que se requiera para que mi estudiante participe en las pruebas conjuntas, en las de seguimiento y en la de Abbott BinaxNOW.
- L. Entiendo que dar autorización para estas pruebas de COVID-19 a mi estudiante es opcional y que puedo negarme a darla, en cuyo caso, a mi estudiante no se le harán las pruebas.
- M. Entiendo que yo puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es solo con vistas al futuro y no afectará la información que ya permití que se divulgara. Para cancelar este permiso para las pruebas de COVID-19, necesito comunicarme con Lisa Safron llamando al 413-587-1364 o enviarle un correo electrónico a [lsafron@northampton-k21.us](mailto:lsafron@northampton-k21.us).
- N. Autorizo al proveedor de la prueba a monitorear los aspectos del virus COVID-19, como el rastreo de mutaciones virales, mediante la secuenciación del virus y de otros microbios presentes en las muestras con fines epidemiológicos y de salud pública. Los resultados de dichos análisis no serán de identificación personal ni crearán información de identificación personal.

Yo, el que suscribe, he sido informado sobre el propósito de la prueba, 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 se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Yo acepto voluntariamente esta prueba de COVID-19 para mi estudiante.

Firma del Padre/Tutor:

Fecha: