FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE COVID-19 EN ESTUDIANTES

El Distrito Independiente de Amarillo toma muy en serio la salud y seguridad de nuestros alumnos y sus familias. Por lo tanto, en adición a las medidas de detección del virus para prevenir su propagación en el campus, vamos a agregar un programa de pruebas voluntario para detectar COVID-19 en estudiantes desde kínder hasta el 12 ° grado. Este programa utiliza los exámenes llamados BinaxNOW del laboratorio Abbott proporcionados por el gobierno federal. Solo haremos la prueba con su consentimiento. Si está dispuesto a dar su consentimiento a que se realice esta prueba en usted o en su hijo complete este formulario. (Si eres un estudiante de 18 años o mayor, complete este formulario antes de la prueba).

¿De qué se trata esta prueba?

Si su hijo/a es sintomático o pertenece a un grupo designado para la prueba, luego de su consentimiento, recibirá un test rápido BinaxNOW para la detección del virus COVID-19. Para recolectar una muestra y analizarla, se utiliza un hisopo, similar a un Q-Tip, y se introduce hasta el final de la nariz. Un miembro del equipo escolar que ha sido capacitado para hacer esta prueba obtendrá la muestra y un administrador capacitado en la prueba para detectar COVID-19 supervisará el procedimiento. Se informará el resultado de la prueba al padre/madre/guardián legal o estúdiate de 18 años o mayor que firme este formulario. (De acuerdo con la ley FERPA, los resultados de un estudiante adulto pueden compartirse con el padre / tutor del estudiante). Los resultados se enviarán por mensaje de texto y correo electrónico durante las 24 horas posteriores a la realización de la prueba. Este programa es **completamente opcional** para los estudiantes, aunque deseamos que elija realizar la prueba para que los estudiantes de nuestra escuela estén lo más sanos y seguros posibles. Estas pruebas complementan los protocolos de seguridad existentes como el uso de cubrebocas, la distancia social y la desinfección frecuente de las superficies.

¿Qué debería hacer cuando recibo el resultado de la prueba de mi hijo?

Solicitamos que su hijo permanezca aislado en su hogar hasta que termine el periodo de infección (generalmente luego de que los síntomas mejoren y al menos 10 días después del día en que aparecieron los primeros síntomas) y ya no sea contagioso. Si el resultado de la prueba de su hijo es negativo, significa que no se encontró el virus en la muestra y su hijo puede seguir asistiendo a la escuela normalmente. En pocos casos, las pruebas arrojan resultados incorrectos y revelan resultados negativos (llamados "falsos negativos") cuando las personas tienen COVID-19 o revelan resultados positivos (llamados "falsos positivos") cuando las personas no tienen COVID-19. Si su hijo dio negativo en la prueba, pero tiene síntomas relacionados a la COVID-19 o si tiene inquietudes respecto a la exposición de su hijo al COVID-19, debería comunicarse con el médico de su hijo, una autoridad médica con licencia o con el departamento local de salud.

Síntomas conocidos:

Las personas que tienen COVID-19 han experimentado una gran variedad de síntomas, desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer **entre 2 y 14 días después de estar expuesto al virus.** Las personas que sientan estos síntomas pueden tener COVID-19:

- Fiebre o temperatura mayor o igual a 100.0 °F.
- Tos.
- Falta de aire.
- Dolor de cabeza.
- Dolor de garganta.
- Temblores desmedidos.
- Diarrea.
- Pérdida de sabor u olfato.
- Dificultad para respirar.
- Fatiga.
- Escalofríos.
- Congestión o escurrimiento nasal.
- Dolor muscular significativo.
- Náuseas o vómitos.

En esta lista no se incluyen todos los síntomas posibles.

AL ACEPTAR LA PRUEBA VOLUNTARIA COVID-19 Y PROPORCIONAR EL CONSENTIMIENTO A CONTINUACIÓN, USTED RECONOCE Y ACEPTA QUE NI EL ADMNISTRADOR DE LA PRUEBA NI EL DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE AMARILLO, NI CUALQUIERA DE SUS FIDUCIARIOS, FUNCIONARIOS, EMPLEADOS O PATROCINADORES DE LA ORGANIZACIÓN, SON RESPONSABLES DE LOS ACCIDENTES O LESIONES QUE PUEDAN SUCEDERLE A SU HIJO O A USTED MISMO (SI EL ESTUDIANTE TIENE 18 AÑOS O MÁS) COMO RESULTADO DE ACEPTAR EL EXAMEN VOLUNTARIO COVID-19. ADEMÁS, USTED LIBERA, DESCARGA Y EXIME DE RESPONSABILIDAD AL DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE AMARILLO, A SUS FIDUCIARIOS, FUNCIONARIOS, EMPLEADOS Y PATROCINADORES DE LA ORGANIZACIÓN, DE CUALQUIER RECLAMO, RESPONSABILIDAD Y / O DAÑOS, QUE SURJA DE O EN CONEXIÓN CON LA PRUEBA VOLUNTARIA DE COVID-19 Y CUALQUIER RESULTADOS.

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE, GUARDIAN legal O ESTUDIANTE ADULTO					
Información sobre el padre, madre o guardián legal					
Recibirá los resultados de la prueba por teléfono celular o correo electrónico o ambos.					
Padre/madre/guardián legal Nombre y apellido (en letra de imprenta):					
Número del teléfono celular del Padre/madre/guardián legal: *Nota: los resultados se enviarán a este número de teléfono celular.*					
Padre/madre/guardián legal Dirección de correo electrónico:					
Información sobre el niño o estudiante:					
Nombre y apellido del niño o estudiante (en letra de imprenta):					
Número de identificación de la escuela:					
Número de licencia de conducir: *(si aplica)*					
Dirección postal:		**Ciudad:**		**Estado:**	
Código postal:		**Condado:**			
Escuela:			**Nivel de grado:**		
Fecha de nacimiento: *(MM/DD/AAAA)*			**Edad:**		
Raza o etnia:	☐ Asiático ☐ Hispano ☐ Nativo americano o Indígena ☐ Negro ☐ Blanco ☐ No sabe		**Género:**	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro o no sabe	

CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, yo certifico lo siguiente:

A. Autorizo al sistema escolar a llevar a cabo la recolección y prueba en mi hijo o en mí (si el estudiante tiene 18 años o más) para detectar COVID-19 mediante un hisopado nasal.

B. Entiendo que, ante un resultado positivo de la prueba, mi hijo o yo (si el estudiante tiene 18 años o más) debe aislarse y seguir usando el cubreboca o mascarilla como se ordena para intentar evitar contagiar a otros.

C. Entiendo que, el sistema escolar no actúa como proveedor médico de mi hijo, que esta prueba no reemplaza el tratamiento indicado por el proveedor médico de mi hijo y asumo la responsabilidad total de tomar las medidas apropiadas respecto a los resultados de la prueba de mi hijo. Acepto que, le solicitaré al proveedor médico de mi hijo consejo, cuidado y tratamiento médicos si tengo alguna pregunta o duda o si las condiciones empeoran.

D. Entiendo que, como ante cualquier otra prueba médica, existe la posibilidad de obtener un resultado falso positivo o falso negativo en la prueba de COVID-19.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito, los procedimientos y los posibles beneficios y riesgos de esta prueba 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. Acepto voluntariamente someterme a esta prueba para detectar la COVID-19. Acepto los términos establecidos en este formulario de consentimiento.

Firma del Padre/madre/guardián legal:		**Fecha:**	
Firma del estudiante: *(si tiene 18 años o más o si tiene autorización para firmar este consentimiento)*		**Fecha:**	

Todas las personas deben registrarse previamente antes de llegar al sitio de la prueba, utilizando el código QR o el enlace a continuación.

https://register.txrapidtest.org/

Una vez que haya creado su código QR personalizado, imprima una copia o guárdela en su teléfono para llevarla al sitio de prueba.