

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA LAS PRUEBAS OPCIONALES DE COVID-19

El Everman ISD se toma muy en serio la salud y la seguridad de nuestros estudiantes y sus familias. Como tal, además de los pasos para detectar el virus y evitar su propagación en un campus, estamos agregando un programa voluntario de pruebas K-12 COVID-19 para los estudiantes. Este programa utiliza las pruebas BinaxNOW de Abbott Laboratories proporcionadas por el gobierno federal. Solo probaremos con su consentimiento. Si usted está dispuesto a proporcionar nuestro consentimiento para que le administremos este examen a su hijo o a usted mismo (si el estudiante tiene 18 años o más), por favor llene este formulario.

### **¿Cuál es la prueba?**

Si su hijo es sintomático o forma parte de un grupo designado para la prueba, si usted da su consentimiento, su hijo recibirá una prueba rápida gratuita de BinaxNOW para el virus COVID-19. La recolección de una muestra para el análisis implica el uso de un hisopo, similar a un Q-Tip, colocado dentro de la punta de la nariz. Un miembro del personal de la escuela que ha sido entrenado para usar esta prueba recogerá la muestra y un administrador de pruebas COVID-19 capacitado supervisará el proceso. Los resultados de las pruebas se pondrán a disposición del padre/tutor que firma este formulario a continuación. Los resultados se enviarán por mensaje de texto y correo electrónico dentro de las 24 horas de la prueba. Este programa es totalmente opcional para los estudiantes, aunque esperamos que elija tener la prueba para mantener nuestras escuelas lo más saludables y seguras posible. Las pruebas se ofrecen además de los protocolos de seguridad existentes, como el uso de máscaras, el distanciamiento social y la desinfección frecuente de superficies.

### **¿Qué debo hacer cuando recibo los resultados de las pruebas de mi hijo?**

Si su hijo da positivo por el virus, su hijo será trasladado a una habitación lejos de otros estudiantes y el personal hasta que usted pueda recogerlo. Le pedimos que mantenga a su hijo en casa hasta que el período de infección haya terminado. Si los resultados de la prueba de su hijo son negativos, porque tiene síntomas, le recomendamos que busque asesoramiento de su proveedor de atención médica o del departamento de salud local, así como pruebas COVID-19 adicionales. En un pequeño número de casos, las pruebas a veces producen resultados incorrectos, que muestran resultados negativos (llamados "falsos negativos") en personas que tienen COVID-19 o que muestran resultados positivos (llamados "falsos positivos") en personas que no tienen COVID-19.

### **Síntomas conocidos:**

Las personas con COVID-19 han tenido una amplia gama de síntomas notificados, que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Las personas con estos síntomas pueden tener COVID-19:

- Sensación de fiebre o una temperatura medida mayor o igual a 100,0 grados Fahrenheit
- Pérdida de sabor u olor
- Tos
- Dificultad para respirar
- Fatiga
- Jaqueca
- Escalofríos
- Dolor de garganta Congestión o esroteo
- Temblor o temblor exagerado
- Dolor muscular significativo o dolor
- Diarrea
- Náuseas o vómitos

Esta lista no incluye todos los **síntomas posibles**.

### **Renuncia:**

Si bien nos damos cuenta de que se **tomarán** precauciones para la seguridad de los estudiantes, por favor entienda que ni el administrador de la prueba ni el Everman ISD, ni ninguno de sus fideicomisarios, oficiales, empleados o

patrocinadores de la organización son responsables de cualquier accidente o lesiones que puedan ocurrir a su hijo o a usted mismo (si el estudiante de 18 años o más), como resultado de aceptar la prueba.

## PARA SER COMPLETADO POR PADRES, TUTORES O ESTUDIANTES ADULTOS

### Información del Padre/Tutor

Se le notificará con los resultados de las pruebas, ya sea a través de teléfono celular o correo electrónico, o ambos.

<b>Padre/Guardián</b>				
<b>Nombre de impresión:</b>				
<i>Célula del Padre/Tutor/Móvil: Nota: los resultados se enviarán por mensaje de texto a esta celda.</i>				
<b>Padre/Guardián</b>				
<b>Dirección de correo electrónico:</b>				
<b>Información para Niños/Estudiantes</b>				
<b>Nombre de impresión del niño/estudiante:</b>				
<b>Id. de la escuela:</b>				
<b>Número de licencia de conducir: (si corresponde)</b>				
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>
<b>Código postal:</b>		<b>Condado:</b>		
<b>Escuela:</b>			<b>Grado:</b>	
<b>Fecha de Nacimiento:</b> (MM/DD/YYYY)			<b>Edad:</b>	
<b>Raza/Etnicidad:</b>	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Native American/Indigenous	<b>Género:</b>
	<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro

### CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, atestiguo que:

- A. Autorizo al sistema escolar a llevar a cabo la recolección y prueba de mi hijo o de mí (si el estudiante de 18 años o más) para COVID-19 por hisopo nasal.
- B. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi hijo o yo (si el estudiante de 18 años o más), debe autoaislarse y también continuar usando una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- C. Entiendo que el sistema escolar no está actuando como proveedor médico de mi hijo, esta prueba no reemplaza el tratamiento por el proveedor médico de mi hijo, y asumo la responsabilidad completa y completa de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de las pruebas de mi hijo. Estoy de acuerdo en que buscaré consejo médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi hijo si tengo preguntas o inquietudes, o si su condición empeora.
- D. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo COVID-19.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, procedimientos, 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 me han dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba para COVID-19.

<b>Firma del Padre/Tutor:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Firma del estudiante:</b> (si tiene 18 años o más o está autorizado a dar su consentimiento)		<b>Date:</b>	