

Formulario de consentimiento para realizar la prueba rápida de antígenos de COVID-19

Nombre del Estudiante:
Fecha de nacimiento del Estudiante:
Escuela:
Nombre del Padre de Familia/ Tutor:
Domicilio:
Número de teléfono:

Por favor, lea con cuidado el siguiente aviso de consentimiento informado y firme la autorización para realizar la prueba de COVID-19.

1. Comprendo que la prueba de COVID-19 del estudiante antes mencionado será llevada a cabo a través de una prueba de antígenos proporcionada por el Departamento de Salud del Estado de Washington.
2. Comprendo que la posibilidad de que el estudiante antes mencionado se someta a la prueba está limitada a la disponibilidad de los suministros para la prueba.
3. Comprendo que la entidad que realiza la prueba no está actuando como el proveedor de servicios médicos del estudiante antes mencionado. La prueba no reemplaza el tratamiento que proporciona un proveedor de servicios médicos. Asumo responsabilidad plena y completa para tomar las medidas necesarias en relación con los resultados de las pruebas, incluidas, entre otras, solicitar consulta, cuidados y tratamiento médicos de un proveedor de servicios médicos u otra entidad de servicios a la salud si tengo preguntas o dudas, si el estudiante antes mencionado presenta síntomas de COVID-19, o si la condición del estudiante mencionado anteriormente empeora.
4. Comprendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de que el resultado de la prueba de COVID-19 sea falso positivo o falso negativo.
5. Comprendo que es mi responsabilidad notificar al proveedor de atención médica del estudiante antes mencionado en caso de que el resultado de la prueba sea positivo y que no se enviará una copia en mi nombre al proveedor de atención médica del estudiante antes mencionado.
6. Comprendo que el resultado de la prueba de antígenos estará disponible en un plazo de 15 a 30 minutos.
7. Comprendo y reconozco que un resultado positivo de la prueba de antígenos es una indicación de que el estudiante antes mencionado necesita aislarse para no contagiar a los demás.
8. Se me ha informado sobre el propósito, los procedimientos, y los posibles riesgos y beneficios de la prueba. Tendré la oportunidad de hacer preguntas antes de proceder con la prueba de COVID-19. Entiendo que, si no quiero continuar con la prueba de antígenos de COVID-19 para el estudiante antes mencionado, puedo rechazarla.
9. Comprendo que, para garantizar la seguridad y la salud pública y controlar la propagación de la COVID-19, puede que se compartan los resultados sin mi autorización.
10. Comprendo que se divulgarán los resultados de la prueba a las autoridades de salud pública que correspondan, según lo requiera la ley.
11. Comprendo que puedo retirar mi consentimiento para la prueba en cualquier momento antes de que se realice.
12. Este consentimiento se aplica al año escolar 2021-2022.

AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA DE COVID-19

- Doy mi consentimiento para autorizar al estudiante antes mencionado a someterse a una prueba de COVID-19.

Firma del Padre de Familia/Tutor

Fecha

- Doy mi consentimiento para someterme a la prueba de COVID-19.

Firma del Personal/Estudiante (18 años en adelante)

Fecha