

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA LAS PRUEBAS DE COVID-19 Y LA DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

¿Qué es este formulario?

Estamos solicitando su consentimiento para hacerle la prueba a su hijo para la infección de COVID-19. El Distrito 209 de las Escuelas Secundarias de *Proviso Township* se ha asociado con la Universidad de Illinois para hacer pruebas a los estudiantes del Distrito Escolar, maestros, miembros del personal y otros para la infección de COVID-19. Este formulario proporciona el consentimiento individual y la autorización para que se realice la prueba.

¿Con qué frecuencia se le hará la prueba a su hijo?

Los estudiantes pueden ser examinados una vez por semana.

¿En qué consiste la prueba?

Si usted da su consentimiento, su hijo recibirá una prueba de diagnóstico gratuita para el virus COVID-19 realizada mediante la recolección de saliva (escupitajo).

¿Cómo sabré si mi hijo da positivo en la prueba?

Recibirá los resultados de la prueba de su hijo a través de una plataforma en línea. Le enviaremos detalles sobre esta plataforma en una futura correspondencia. El Distrito Escolar también recibirá los resultados de la prueba de su hijo y puede/deberá notificar cualquier resultado positivo.

¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo?

Si los resultados de la prueba de su hijo son positivos, póngase en contacto con el médico de su hijo inmediatamente para revisar los resultados de la prueba y discutir los próximos pasos. No puede enviar a su hijo a la escuela hasta que se hayan completado los protocolos de cuarentena de salud y seguridad.

Si los resultados de las pruebas son negativos, significa que no se ha detectado el virus COVID-19 en la saliva de su hijo.

Las pruebas a veces producen resultados negativos incorrectos llamados "falsos negativos" en personas que tienen COVID-19. Si el resultado de su hijo es negativo, pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa la exposición de su hijo a COVID-19, debe llamar al médico de su hijo.

Al permitir que su hijo se someta a esta prueba, usted está de acuerdo en liberar, defender e informar al Distrito y a sus Socios de Pruebas de cualquier reclamo que usted o su hijo puedan tener con respecto a la precisión de la prueba y cualquier acción que usted o su hijo tomen con base en los resultados entregados de la prueba.

¿Quién recibirá los resultados de la prueba de mi hijo? Además de recibir usted los resultados de las pruebas de su hijo, el Distrito Escolar y el Departamento de Salud Pública de Illinois ("IDPH") también recibirán los resultados de las pruebas de su hijo, de acuerdo con las directrices del IDPH y el Código de Control de Enfermedades Transmisibles de Illinois.

DEBERÁ SER COMPLETADO POR LOS PADRES/TUTORES

| <u>Información del padre/tutor</u> | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------------|--|----------|--|------------------------|---|--------|------|
| Todas las secciones requeridas - por favor escriba claramente | | | | | | | | | |
| Nombre del padre/tutor: | | | | | | | | | |
| Dirección del padre/tutor: | | | | | | | | | |
| Teléfono del padre/tutor | | | | | | | | | |
| Correo electrónico padre/tutor: | | | | | | | | | |
| Mejor forma de contactarlo | | | | | | | | | |
| <u>Información del estudiante</u> | | | | | | | | | |
| Todas las secciones requeridas - por favor escriba claramente | | | | | | | | | |
| Nombre del estudiante: | | | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento: | | | | | | | | | |
| Escuela del estudiante: | | | | | | | | | |
| Dirección del estudiante: | | | | | | | | | |
| Etnicidad | | Hispano o Latino | | | | No es hispano o latino | | | |
| Raza 1 | | Indio americano o nativo de Alaska | | Asiático | | Negro o afroamericano | Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico | Blanco | Otro |
| Raza 2 | | Indio americano o nativo de Alaska | | Asiático | | Negro o afroamericano | Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico | Blanco | Otro |

Al firmar a continuación, doy por hecho que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por mi hijo arriba mencionado.
- Doy mi consentimiento para que mi hijo se someta a la prueba de la infección por COVID-19.
- Entiendo que mi hijo/a puede ser examinado/a varias veces mientras el programa esté disponible, y que mi hijo/a puede participar en las pruebas una vez por semana.
- Entiendo que este formulario de consentimiento será válido durante todo el tiempo que el programa esté disponible, a menos que notifique por escrito a la persona de contacto designada de la escuela de mi hijo que revoco mi consentimiento.
- Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo, y otra información, pueden ser divulgados según lo permita la ley.
- Entiendo que, si soy un estudiante de 18 años o mayor, o si puedo consentir legalmente mi propia atención médica, cualquier referencia a "mi hijo" se refiere a mí y puedo firmar este formulario en mi propio nombre.

| | | | |
|--|--|--------|--|
| Firma del padre/tutor (si es menor de 18 años): | | Fecha: | |
| Firma del estudiante (si es mayor de 18 años) | | Fecha: | |