

# **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE-ATLETA 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?**

El Distrito Escolar requiere que los estudiantes atletas sean examinados para COVID-19 una vez por semana para maximizar la seguridad de los atletas y los entrenadores y para minimizar las interrupciones en la capacidad del estudiante y del equipo para competir.

## **¿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**

<b><u>Información del padre/tutor</u></b>									
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									
<b><u>Información del estudiante</u></b>									
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:	