

COVID-19 General Consent Form

Debe completarlo el padre, la madre o el tutor del estudiante

Información del padre, la madre o el tutor *(Se le notificarán los resultados de las pruebas).*

Nombre en letra de imprenta del padre, la madre o el tutor:

Número de teléfono móvil del padre, la madre o el tutor:

Dirección de correo electrónico del padre, la madre o el tutor:

Información del estudiante

Nombre del estudiante:

Dirección:

Ciudad:

Código postal:

Condado:

Fecha de nacimiento:
(MM/DD/AAAA)

Nivel de grado:

Nombre del estudiante:

Dirección:

Ciudad:

Código postal:

Condado:

Fecha de nacimiento:
(MM/DD/AAAA)

Nivel de grado:

Nombre del estudiante:

Dirección:

Ciudad:

Código postal:

Condado:

Fecha de nacimiento:
(MM/DD/AAAA)

Nivel de grado:

Consentimiento

Al completar y enviar este formulario a la escuela, confirmo que soy el padre, la madre o el tutor del estudiante mencionado anteriormente y que presto mi consentimiento para que se le realicen pruebas de COVID-19 en el transcurso del año escolar académico 2024-2025 a partir de la realización de un hisopado nasal poco profundo. Las pruebas de COVID-19 pueden ofrecerse a los estudiantes en dos circunstancias: (1) si el estudiante presenta nuevos síntomas de COVID-19 mientras está en la escuela; (2) si el estudiante estuvo expuesto al COVID-19 en un grupo escolar y el departamento de salud pública local o la escuela recomiendan que se realice una prueba. Entiendo que puedo prestar mi consentimiento para la realización de cualquier o ambos tipos de pruebas.

Comprendo que las pruebas de COVID-19 para el estudiante son opcionales y que puedo negarme a prestar consentimiento, en cuyo caso, no se le realizarán pruebas. Entiendo que si el estudiante no se siente bien, deberá quedarse en casa y no asistirá a la escuela.

COVID-19 General Consent Form

Consentimiento

Comprendo que la Oregon Health Authority (OHA) ha solicitado la realización de estas pruebas, que ni la OHA ni la escuela actúan en calidad de proveedor de atención médica del estudiante y que esta prueba no sustituye el tratamiento por parte del proveedor de atención médica del estudiante. Asimismo, asumo la plena responsabilidad de tomar las medidas pertinentes vinculadas a los resultados de las pruebas del estudiante. Entiendo que soy responsable de solicitar asesoramiento, atención y tratamiento médicos para el estudiante por parte de su proveedor de atención médica.

Comprendo que existe la posibilidad de que las pruebas de COVID-19 arrojen resultados falsos negativos y que el estudiante podría estar infectado incluso si los resultados dieron negativo.

La información médica personal no se divulgará sin un consentimiento por escrito, excepto en los casos en que la ley lo exija.

- Autorizo al personal escolar a realizarle al estudiante pruebas de COVID-19 si se presentan nuevos síntomas en la escuela.
- Autorizo al personal escolar a realizarle pruebas al estudiante si está expuesto al COVID-19 dentro de su burbuja escolar y la autoridad local de salud pública o la escuela recomiendan la realización de pruebas.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con el Equipo de Comentarios sobre COVID al 503-945-5488 o envíe un correo electrónico a feedback@odhsoha.oregon.gov. Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.