

# Formulario de consentimiento general para pruebas de COVID-19

## 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 2022-2023 a partir de la obtención de una muestra de saliva o la realización de un hisopado nasal poco profundo. Las pruebas de COVID-19 pueden ofrecerse a los estudiantes en tres 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 recomienda que se realice una prueba; (3) la realización de pruebas de detección de COVID-19 una vez a la semana. Entiendo que puedo prestar mi consentimiento para la realización de cualquier prueba o todas ellas.

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.

# Formulario de consentimiento general para pruebas de COVID-19

## Consentimiento

Comprendo que un laboratorio independiente, en nombre de la escuela, realizará las pruebas de detección semanales. A su vez, entiendo que para que el laboratorio independiente realice las pruebas de detección semanales, se le deberá comunicar cierta información personal del estudiante a los fines de la administración del programa y solo en la medida necesaria para el cumplimiento de estos fines, incluido el nombre del estudiante, la fecha de nacimiento y la burbuja escolar.

Comprendo que el Oregon Health Authority (OHA) ha solicitado la realización de estas pruebas, que ni el 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. A su vez, entiendo que si el estudiante obtiene un resultado positivo de COVID-19, se le informará dicho resultado a la autoridad local de salud pública, como lo exige la ley.

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 recomienda la realización de pruebas.
- Autorizo a que se le realicen al estudiante pruebas de detección de COVID-19 semanales.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

# Formulario de consentimiento general para pruebas de COVID-19

## Consentimiento

iOS: Coloque su cámara sobre el código QR y haga clic en la dirección web.



([https://bit.ly/REALD\\_k-12](https://bit.ly/REALD_k-12))

Android: Coloque su cámara sobre el código QR y haga clic en la dirección web o use el escáner de la aplicación Google Lens.

En nombre de su hijo al que se hace referencia en este formulario de consentimiento, ayúdenos al completar la encuesta sobre raza, origen étnico, idioma y discapacidad (Race, Ethnicity, Language, and Disability, REALD). Sus respuestas nos ayudarán a saber más sobre la propagación del COVID-19 en nuestras comunidades, y financiar y brindar mejor servicio a las comunidades más afectadas por COVID-19.

Esta herramienta ayuda a que responder las preguntas de REALD sea sencillo y queremos que todos se sientan seguros haciéndolo. Su información es estrictamente confidencial y se tratará como un registro confidencial de salud pública. Compartir sus datos de REALD no afectará ningún beneficio que reciba del estado, como SNAP o Plan de Salud de Oregon/CAWEM. Puede obtener más información sobre REALD en <https://bit.ly/realdfacts>

Es su decisión responder las preguntas de REALD. Aun así, se le realizarán las pruebas a su hijo, incluso si elige no responder las preguntas. Para las preguntas que no desea responder, puede elegir "No deseo responder". El Oregon Health Authority, OHA espera que responda estas preguntas para brindarle un mejor servicio a usted y a todos los habitantes de Oregon.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. Comuníquese con la Unidad de Recuperación y Respuesta al Coronavirus (Coronavirus Response and Recovery Unit, CRRU) al 503-979-3377 o envíe un correo electrónico a [CRRU@dhsosha.state.or.us](mailto:CRRU@dhsosha.state.or.us). Aceptamos todas las llamadas por servicio de retransmisión o puede marcar el 711.