

Formulario de consentimiento para la prueba de COVID-19 para menores

Un menor de edad de 15 años o mayor puede dar su consentimiento para someterse a las pruebas de COVID-19 ordenadas por el Oregon Health Authority en virtud de los Estatutos Revisados de Oregon (Oregon Revised Statutes (ORS, por sus siglas en inglés)) 109.640(2)(a).

Para que lo llenen los estudiantes de 15 a 18 años

Información del estudiante

Se le notificarán los resultados de las pruebas.

Nombre del estudiante:	Número de celular:
Dirección de correo electrónico:	
Dirección de domicilio:	Ciudad:
Código postal:	Condado:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Grado académico:

Consentimiento

Al completar este formulario y devolverlo a mi escuela, confirmo que doy mi consentimiento para permitir que se me realice la prueba de COVID-19 durante el año escolar 2022-2023. Me pueden someter a la prueba de COVID-19 en tres circunstancias: (1) si desarrollo nuevos síntomas de COVID-19 mientras estoy en la escuela; (2) si estoy expuesto al COVID-19 en un grupo escolar y el departamento de salud pública local recomienda la realización de pruebas; (3) prueba semanal de detección de COVID-19. Entiendo que puedo dar mi consentimiento para cualquier o todo tipo de prueba.

Entiendo que la prueba de COVID-19 es opcional y que puedo negarme a dar mi consentimiento, en cuyo caso, no se me someterá a la prueba. Entiendo que mi escuela puede requerir que me quede en casa si me siento mal.

Entiendo que un laboratorio independiente que actúa en nombre de mi escuela realizará las pruebas semanales de detección. Entiendo que para que las pruebas semanales de detección se realicen en un laboratorio independiente, será necesario comunicar al laboratorio cierta información personal con el fin de administrar el programa, y solo en la medida necesaria para administrar el mismo, incluyendo mi nombre, fecha de nacimiento y el entorno escolar.

Entiendo que el Oregon Health Authority (OHA, por sus siglas en inglés) ha puesto a disposición estas pruebas mediante una orden vigente. Entiendo que ni el OHA ni la escuela están actuando como mi proveedor de atención médica y que esta prueba no reemplaza el tratamiento por parte mi proveedor de atención médica. Asumo la completa y total responsabilidad de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de mis pruebas, lo que significa buscar el consejo médico, la atención y el tratamiento de un proveedor de atención médica si es necesario, o hablar con mis padres o mi tutor si necesito ayuda para entender qué hacer después de recibir los resultados de mis pruebas.

Entiendo que existe la posibilidad de que los resultados de la prueba de COVID-19 sean falsos negativos y que aún podría estar infectado con COVID-19 incluso si el resultado de la prueba es negativo. También entiendo que si mi prueba de COVID-19 es positiva, el resultado de la prueba será reportado a la autoridad local de salud pública como es requerido por la ley. Si mi prueba es positiva, se puede informar a mis padres o tutor sobre mis resultados en virtud del ORS 109.650.

Formulario de consentimiento para la prueba de COVID-19 para menores

La información personal de salud no se divulgará sin el consentimiento por escrito, excepto cuando lo exija la ley.

- Permiso que el personal de la escuela me realice una prueba de COVID-19 si se presentan nuevos síntomas en la escuela.
- Permiso que el personal de la escuela me realice pruebas si estoy expuesto al COVID-19 dentro de mi entorno escolar y si la autoridad local de salud pública recomienda la realización de las mismas.
- Permiso la participación en la realización de pruebas semanales de detección de COVID-19.

Firma del estudiante

Fecha

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



https://bit.ly/REALD_k-12

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

Por favor, ayúdenos completando la encuesta de raza, grupo étnico, idioma y discapacidad (Race, Ethnicity, Language, and Disability (REALD, por sus siglas en inglés)). Sus respuestas nos ayudarán a saber más sobre la propagación del COVID-19 en nuestras comunidades, y a financiar y servir mejor a las que han sido más afectadas por el COVID-19.

Esta herramienta ayuda a que resulte cómodo responder a las preguntas de REALD y esperamos que todo el mundo se sienta seguro respondiendo a las mismas. Su información es estrictamente confidencial y será tratada como un registro de salud pública confidencial. Compartir su información de REALD no afectará ninguno de los beneficios que reciba por parte del estado, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, por sus siglas en inglés)), el Plan de Salud de Oregon o el Programa Médico Urgente para Extranjeros sin Ciudadanía (Emergency Medical Care for Non-Citizens (CAWEM por sus siglas en inglés)). Puede obtener más información sobre REALD en <https://bit.ly/realdfacts>

Es su decisión responder a las preguntas de REALD. Su hijo(a) aún recibirá la prueba, incluso si usted decide no responder a las preguntas. Para las preguntas que no desee responder, puede elegir "No deseo responder." El OHA espera que usted responda a estas preguntas, para brindarles un mejor servicio a usted y a todos los residentes de Oregon.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. Comuníquese con la Unidad de Respuesta y Recuperación del COVID-19 (Coronavirus Response and Recovery Unit (CRRU, por sus siglas en inglés)) llamando al 503-979-3377 o por correo electrónico al CRRU@dhsosha.state.or.us. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión, o puede marcar el 711.