

# Formulario de Consentimiento

## Para Pruebas De Estudiantes de COVID-19

Bajo la guía actual del Departamento de Salud Pública de California (CDPH), se recomienda realizar pruebas periódicas a los estudiantes asintomáticos para monitorear los casos de COVID-19 en el sitio escolar. El Distrito Escolar Unificado de Palm Springs ofrecerá pruebas voluntarias y gratuitas en el lugar para cualquier estudiante que pueda requerir pruebas debido a que presenta síntomas mientras está en la escuela o por motivos de control asintomático. También se pueden realizar pruebas en el caso de un brote de COVID-19 cuando se sospecha una exposición directa.

Las pruebas que se ofrecen incluirán pruebas de antígeno (rápidas) o pruebas de PCR. Ambas pruebas se administran con un hisopo nasal o nasofaríngeo por un miembro del personal médico capacitado. Las pruebas estarán disponibles durante la semana del 12 al 16 de Abril, del 26 al 30 de Abril, del 10 al 14 de Mayo, del 24 al 28 de Mayo, del 7 al 11 de Junio y del 21 al 25 de Junio. Consulte el cronograma de pruebas en el sitio web de nuestro distrito para obtener información específica del sitio escolar.

### Las pruebas de COVID-19 se realizan de forma voluntaria con el consentimiento de los padres.

Padres / tutores, por favor llenen este formulario para cada estudiante en su hogar para el cual dan su consentimiento para que se realicen pruebas.

#### Información del estudiante participante

Nombre completo de el estudiante: \_\_\_\_\_

ID de estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela de Asistencia: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

#### Información del padre / tutor

Nombre completo de el padre/tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

#### Elija una de las siguientes opciones:

**Sí, estoy de acuerdo:** Doy mi consentimiento para que mi hijo se haga la prueba de COVID-19 en la escuela usando una prueba de PCR o de antígeno por un miembro de el personal médico capacitado.

**SI MARCÓ "SÍ" ARRIBA, FIRME ABAJO:**

Doy fe de que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el niño mencionado anteriormente. Doy mi consentimiento para que mi hijo se haga la prueba de la infección por COVID-19.
- Entiendo que mi hijo puede ser evaluado en varias ocasiones hasta el 30 de junio de 2021 y que las pruebas pueden ocurrir en los días programados de acuerdo con los mandatos estatales.
- Entiendo que este formulario de consentimiento será válido hasta el 30 de junio de 2021, 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 divulgarse según lo permita la ley.
- Entiendo que si soy un estudiante de 18 años o más o puedo dar mi consentimiento legal para mi propia atención médica, las referencias a "mi hijo" se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi propio nombre.

Firma del padre/tutor) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(si el estudiante es menor de 18 años)

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(si tiene 18 años o más o si está autorizado a dar su consentimiento)