

Pruebas de COVID-19 para Estudiantes FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Para el Año Escolar 2021-22

Propósito:

El propósito de este "Formulario de Consentimiento para la Prueba de COVID-19 del Estudiante" es que los padres o tutores legales de las Escuelas Públicas del Condado de Fayette den su consentimiento para la prueba de COVID-19 para sus hijos en la escuela a pedido del padre o tutor legal.

Autorizaciones:

- Autorizo y doy mi consentimiento para que una unidad de prueba contratada por el Departamento de Salud Pública de Kentucky administre la prueba COVID-19 a mi estudiante en la escuela cuando yo lo solicite.
- Entiendo que al firmar este Formulario de Consentimiento, doy mi consentimiento para que una unidad de prueba contratada por el Departamento de Salud Pública de Kentucky administre la prueba de COVID-19 a mi estudiante a pedido mío y que este formulario se mantendrá archivado por FCPS para que no se me requiera ni se me pida que firme un formulario de consentimiento adicional para la prueba durante el año escolar actual. A mi estudiante se le puede dar la prueba solo si lo solicito.
- Autorizo y doy mi consentimiento para que la unidad de prueba realice actividades de recolección y prueba para COVID-19 a través de un hisopo nasal (no invasivo, menos de 1 pulgada en la fosa nasal) para evaluar a mi estudiante para COVID-19 cuando lo solicite.
- Entiendo que los resultados de mi estudiante irán a los departamentos de salud de mi condado o estado, a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE. UU. o a cualquier otra entidad gubernamental requerida por la ley.

Reconocimientos:

Acepto y doy mi consentimiento voluntariamente para que a mi estudiante se le haga la prueba de COVID-19 en la escuela cuando yo lo solicite.

Asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de las pruebas de mi estudiante. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi estudiante debe autoaislarse y usar una máscara o una cubierta facial según las indicaciones para evitar infectar a otros. También entiendo que si mi estudiante sale positivo en la escuela, soy responsable de recoger a mi estudiante de inmediato. Entiendo, como con cualquier prueba médica, que las pruebas de COVID-19 tienen el potencial de resultados inexactos (la prueba es positiva pero mi estudiante no tiene la infección; o la prueba es negativa, pero mi estudiante tiene la infección). Acepto buscar asesoramiento médico, atención y tratamiento de mi proveedor de atención médica si tengo preguntas o inquietudes, o si la condición de mi estudiante empeora. Entiendo que la unidad de prueba no actúa como un proveedor de atención médica y que esta prueba no reemplaza el tratamiento por parte de un proveedor de atención médica.

Entiendo el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y los posibles riesgos, y que puedo solicitar una copia del presente formulario de consentimiento. Puedo hacer preguntas antes de firmar este formulario de consentimiento, y entiendo que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento.

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento del Estudiante: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre de Padre de Familia o Tutor Legal: _____

Firma de Padre de Familia o Tutor Legal: _____ Fecha: _____