

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PERSONAL PARA LA PRUEBA OPCIONAL DE COVID-19

El Distrito Escolar Independiente de Austin toma la salud y la seguridad de nuestros estudiantes y sus familias muy en serio. Por lo tanto, además de los pasos para detectar el virus y prevenir su propagación en un plantel, estamos agregando un programa de pruebas voluntarias de COVID-19 para los estudiantes y el personal presencial de K-12.° Este programa utiliza las pruebas BinaxNOW de los Laboratorios Abbott que provee el gobierno federal. Solo las haremos con su consentimiento. Si está dispuesto a dar consentimiento para que le administremos esta prueba a usted (si tiene 18 años o más), llene este formulario.

### **¿De qué se trata la prueba?**

Si tiene síntomas o forma parte de un grupo al que se ha decidido hacerle pruebas, si usted consiente, le harán una prueba rápida gratuita BinaxNOW del virus que causa la COVID-19. La recolección del espécimen para la prueba consiste en utilizar un hisopo, similar a un Q-tip, que se coloca dentro de la punta de la nariz. Un miembro del personal escolar que ha sido capacitado para utilizar esta prueba, recolectará el espécimen, y un administrador de pruebas capacitado supervisará el proceso. Se le darán los resultados de la prueba. Los resultados se enviarán por mensaje de texto y correo electrónico dentro de las 24 horas después de la prueba. Este programa es **completamente opcional** para los estudiantes y el personal, aunque esperamos que elija hacerse la prueba para mantener a nuestras escuelas lo más saludables y seguras que sea posible. Las pruebas se están ofreciendo además de los protocolos de seguridad existentes, como el uso de cubrebocas, el distanciamiento social o físico y la desinfección frecuente de superficies.

### **¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de mi prueba?**

Si tiene un resultado positivo del virus, se le pasará a un cuarto alejado de los estudiantes y el resto del personal hasta que pueda hacer arreglos para su transporte, si es necesario. Le pedimos que se quede en casa hasta que haya terminado el periodo de infección (normalmente, después de que mejoren sus síntomas y al menos 10 días después de la fecha en que aparecieron los primeros síntomas) y ya usted no esté contagioso. Si el resultado de su prueba es negativo, quiere decir que no se encontró al virus en el espécimen de la prueba y puede seguir trabajando sin interrupción. En un número reducido de casos, las pruebas a veces producen resultados incorrectos, mostrando resultados negativos (llamados "falsos negativos") en gente que tiene COVID-19 o mostrando resultados positivos (llamados "falsos positivos") en gente que no tiene COVID-19. Si tiene un resultado negativo, pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa su exposición a la COVID-19, debe llamar a su doctor, una autoridad médica con licencia o a su departamento de salud local.

### **Síntomas conocidos:**

Las personas con COVID-19 han reportado una amplia gama de síntomas, desde síntomas leves hasta enfermedad grave. Los síntomas pueden aparecer **2-14 días después de la exposición al virus**. Las personas con estos síntomas pueden tener COVID-19:

- Sensación febril o temperatura igual o mayor a 100.0 grados Fahrenheit
- Pérdida del gusto o el olfato
- Tos
- Dificultad para respirar
- Falta de aliento
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Escalofríos
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal
- Temblores o estremecimientos excesivos
- Dolores musculares significativos
- Diarrea
- Náuseas o vómito

Esta lista no incluye todos los posibles síntomas.

### **Aviso:**

Mientras que sabemos que se tomarán precauciones para la seguridad de los estudiantes, por favor, entienda que ni el administrador de pruebas ni el Distrito Escolar Independiente de Austin, ni ninguno de sus miembros de la mesa directiva, funcionarios, empleados u organizaciones patrocinadoras son responsables de cualquier accidente o lesión que le pueda ocurrir a su hijo o a usted (si el estudiante tiene 18 o más años) como resultado de haber accedido a hacerse la prueba.

## PARA QUE LO LLENE EL PERSONAL

### Información del cliente

Se le notificarán los resultados de la prueba por celular, correo electrónico o ambos.

<b>Nombre en letra de imprenta:</b>			
<b>N.º de celular o móvil:</b> <small>Nota: los resultados se enviarán por mensaje de texto a este n.º de celular.</small>			
<b>Correo electrónico:</b>			
<b>N.º de id. del personal:</b>			
<b>N.º de licencia de conducir:</b> <small>(si se aplica)</small>			
<b>Domicilio:</b>	<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>
<b>Código postal:</b>	<b>Condado:</b>		
<b>Escuela:</b>			<b>Puesto:</b>
<b>Fecha de nacimiento:</b> <small>(MM/DD/AAAA)</small>			<b>Edad:</b>
<b>Raza/Grupo étnico:</b>	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo/indígena americano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No se sabe	<b>Género:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro/No se sabe
<b>Médico o proveedor de atención médica</b>			<b>Número de teléfono</b>

### CONSENTIMIENTO

Al firmar abajo, confirmo lo siguiente:

- A. Autorizo al sistema escolar para que haga la recolección y la prueba de COVID-19 con un hisopo nasal.
- B. Autorizo al sistema escolar para que comparta los resultados de la prueba con mi proveedor médico, las autoridades de salud locales y estatales, Servicios de Salud del AISD, Recursos Humanos del AISD, el personal designado o alternativo de COVID-19 para el plantel o departamento pertinente y el director de la escuela.
- C. Reconozco que un resultado positivo en la prueba es un indicativo de que debo aislarme y también seguir poniéndome una mascarilla o cubrebocas según se me indique para tratar de evitar contagiar a otras personas.
- D. Entiendo que el sistema escolar no actúa como mi proveedor médico, esta prueba no reemplaza el tratamiento de mi proveedor médico y asumo la plena y total responsabilidad de tomar medidas apropiadas en relación con el resultado de mi prueba. Estoy de acuerdo en que buscaré asesoría, atención y tratamiento médico de mi proveedor si tengo preguntas o inquietudes o si mi condición empeora.
- E. Entiendo que, igual que con cualquier prueba médica, existe el potencial de un resultado positivo falso o negativo falso en la prueba de COVID-19.

A mí, el abajo firmante, me han informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este consentimiento informado. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y me han dicho que puedo hacer más preguntas en cualquier momento. Estoy de acuerdo con el protocolo de la prueba y las declaraciones de arriba y consiento voluntariamente a que me hagan esta prueba de COVID-19.

<b>Firma del miembro del personal:</b>		<b>Fecha:</b>	
--	--	---------------	--

N.º de prueba: