

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE 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 kínder a 12.º grado. Este programa utiliza las pruebas BinaxNOW de los laboratorios Abbott proporcionadas por el gobierno federal. Solo las haremos con su consentimiento. Si usted está dispuesto a proporcionar su consentimiento para que le administremos esta prueba a su hijo o a usted mismo (si es estudiante de 18 años o más), por favor llene este formulario. Los padres de familia de los estudiantes de 6.º y menores deben estar presentes durante la prueba.

¿De qué se trata la prueba?

Si usted o su hijo tienen síntomas o forman parte de un grupo designado para la prueba, si usted da su consentimiento, usted o su hijo recibirán una prueba rápida gratuita para la COVID-19 de BinaxNOW. La recolección de una muestra para la prueba implica el uso de un hisopo, similar a un Q-tip, colocado dentro de la punta de la nariz. Un miembro del personal de la escuela, que ha sido entrenado para usar esta prueba, recolectará la muestra y un administrador de pruebas de COVID-19 capacitado supervisará el proceso. Los resultados del examen estarán a la disposición del padre de familia, tutor legal o de usted (si es estudiante de 18 años o más) que firma este formulario a continuación. Los resultados se enviarán por mensaje de texto y correo electrónico dentro de las 24 horas de la prueba. Este programa es **totalmente opcional** para los estudiantes y el personal, aunque esperamos que elija realizarse la prueba para mantener nuestras escuelas lo más saludables y seguras que sea posible. Las pruebas se ofrecen además de los protocolos de seguridad existentes, como el uso de los cubrebocas, el distanciamiento social o físico y la desinfección frecuente de superficies.

¿Qué debo hacer al recibir los resultados de la prueba de mi hijo?

Si su hijo o usted (si es estudiante de 18 años o más) da positivo al virus, su hijo o usted será trasladado a una habitación lejos de los otros estudiantes y el personal, hasta que usted pueda recogerlo o pueda hacer arreglos para su transporte. Le pedimos que mantenga a su hijo en casa o que se quede en casa (si es estudiante de 18 años o más) hasta que el período de infección haya terminado (normalmente, después de que los síntomas mejoren y al menos 10 días después de la fecha en que aparezcan los síntomas por primera vez) y usted o su hijo ya no puedan contagiar a otros. Si los resultados de la prueba de su hijo son negativos, el virus no se encontró en la muestra analizada y usted o su hijo pueden continuar asistiendo a la escuela sin interrupción. En un pequeño número de casos, las pruebas a veces producen resultados incorrectos, que muestran resultados negativos (llamados "falsos negativos") en personas que tienen COVID-19 o que muestran resultados positivos (llamados "falsos positivos") en personas que no tienen COVID-19. Si usted o su hijo da negativo a la prueba, pero tiene síntomas de COVID-19, o si tiene inquietudes acerca de su exposición a la COVID-19, debe llamar a su médico, a 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, que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de **2 a 14 días después de estar expuestos al virus**. Las personas con estos síntomas podrían tener COVID-19:

- Sensación febril o una temperatura medida mayor o igual a 100.0 grados Fahrenheit
- Pérdida reciente 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 síntomas posibles.

Exoneración de responsabilidad:

A pesar de que se tomarán precauciones para la seguridad de los estudiantes, por favor entienda que ni el administrador del examen ni el Distrito Escolar Independiente de Austin, ni ninguno de los miembros de la mesa directiva, funcionarios, empleados u patrocinadores de la organización son responsables de cualquier accidente o lesiones que puedan ocurrirle a su hijo o a usted mismo (si es estudiante de 18 años o más), como resultado de aceptar el examen.

Para que lo llene el padre de familia, tutor legal o estudiante adulto

Información del padre de familia o tutor legal

Se le notificará con los resultados de las pruebas, ya sea a través de teléfono celular o correo electrónico, o ambos.

Padre de familia o tutor legal Nombre en letra de imprenta:			
Número de teléfono celular del padre de familia o tutor legal: <i>Nota: Los resultados serán enviados por mensaje de texto al siguiente número de celular</i>			
Padre de familia o tutor legal Correo electrónico:			
Información del hijo o estudiante			
Nombre en letra de imprenta del hijo o estudiante:			
Número de identificación del estudiante:			
Número de la licencia de conducir: <i>(si aplica)</i>			
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	
Código postal:	Condado:		
Escuela:	Grado:		
Fecha de nacimiento: <i>(MM/DD/AAAA)</i>	Edad:		
Raza/Grupo étnico:	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido
Médico o profesional de la salud	Número de teléfono		

CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, hago constatar que:

- A. Autorizo al sistema escolar a llevar a cabo la recolección y la prueba a mi hijo o a mí (si es estudiante de 18 años o más) de COVID-19 por hisopo en las fosas nasales.
- A. Autorizo al sistema escolar a compartir los resultados de las pruebas con mi médico o el de mi hijo, las autoridades de salud locales y estatales, los Servicios de Salud del AISD, la persona designada o el suplente del plantel o departamento designado de COVID-19 y el director del plantel.
- B. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi hijo o yo (si es estudiante de 18 años o más) debe aislarse y también debe continuar utilizando un cubrebocas o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo para evitar contagiar a otros.
- C. Entiendo que el sistema escolar no está actuando como mi médico o de mi hijo, esto no reemplaza el tratamiento de mi médico, y asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas apropiadas con

respecto a los resultados de la prueba de mi hijo. Estoy de acuerdo en que buscaré consejo médico, atención y tratamiento de mi médico o de mi hijo si tengo preguntas o inquietudes, o si mi condición empeora.

- D. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad falsos positivos o falsos negativos en los resultados de la prueba de COVID-19.

Se me ha informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este consentimiento informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto el protocolo de prueba y las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento voluntario a esta prueba de COVID-19 para mi hijo o para mí mismo.

Firma del padre de familia o tutor legal:		Fecha:	
Firma del estudiante: <i>(si tiene 18 años o más o está autorizado a dar su consentimiento)</i>		Fecha:	