



Easton School District No. 28

P. O. Box 8
1893 Railroad Street
Easton, Washington 98925
(509) 656-2317 fax (509) 656-2585
www.easton.wednet.edu

COVID-19 Formulario de consentimiento de pruebas rápidas para estudiantes

Propósito:

COVID-19 es una enfermedad infecciosa que se transmite principalmente de persona a persona a través de gotas respiratorias. La proximidad a otras personas presenta un riesgo de infección y propagación de la enfermedad. Para evitar la propagación de COVID-19, las pruebas, el rastreo de contactos y el aislamiento de las personas infectadas apoyan la salud y la seguridad de la comunidad.

Autorizaciones:

- _____ Autorizo al equipo de Pruebas COVID del Distrito Escolar de Easton a administrar pruebas de antígeno rápido COVID-19 a mi estudiante durante la duración de las pruebas realizadas en la escuela.
- _____ Autorizo a este equipo de pruebas a llevar a cabo la recolección y pruebas de COVID-19 a través de un hisopo nasal para detectar COVID-19.
- _____ Entiendo que los resultados de las pruebas de mi estudiante irán a los departamentos de salud de mi condado o estado o a cualquier otra entidad gubernamental que la ley requiera.

Agradecimientos:

Acepto voluntariamente que mi estudiante sea evaluado para COVID-19.

Asumo la responsabilidad completa y plena 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 como se indica para evitar infectar a otros. Entiendo, como con cualquier prueba médica, esta prueba COVID-19 tiene el potencial de resultados falsos (prueba es positiva pero mi estudiante no tiene la infección o falso negativo, la prueba es negativa pero mi estudiante tiene la infección). Acepto buscar consejo 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 el equipo de pruebas no está actuando como un proveedor de atención médica, y esta prueba no reemplaza el tratamiento por un proveedor de atención médica.

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

Entiendo que si mi estudiante desarrolla algún síntoma de COVID-19, debo llamar y notificar al distrito escolar para discutir el plan de mi estudiante para regresar a la escuela.

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____

Información de contacto para los resultados de las pruebas:

Nombre de contacto: _____

Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: _____ Sí No

Correo electrónico: _____

Si no se detectan resultados, ¿qué método de comunicación prefiere? de texto de de correo electrónico