



**Easton School District No. 28**  
PO Box 8  
1893 Railroad Street  
Easton, Washington 98925  
(509) 656-2317 Fax (509) 656-2585

## **Formulario de consentimiento de prueba rápida COVID-19 para estudiantes 2021-2022**

### **Propósito:**

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

### **Autorizaciones:**

\_\_\_\_\_ Autorizo al equipo de pruebas COVID del Distrito Escolar de Easton a administrar pruebas rápidas de antígenos COVID-19 a mi estudiante durante la duración de las pruebas realizadas en la escuela.

\_\_\_\_\_ Autorizo a este equipo de pruebas a realizar la recolección y las 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 se haga la prueba de COVID-19.**

**Asumo la responsabilidad completa y total 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 cubierta facial según las indicaciones para evitar infectar a otros. Entiendo, como con cualquier prueba médica, esta prueba de COVID-19 tiene el potencial de resultados falsos (la 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 parte de 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: \_\_\_\_\_