

**ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE WORCESTER  
COVID-19 PRUEBAS CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PRUEBAS ESTUDIANTILES**

La detección rápida de la presencia de infecciones activas covid-19 puede ayudar a disminuir la propagación del virus. Las Escuelas Públicas del Condado de Worcester ofrecerán pruebas para COVID-19 a estudiantes y personal sintomático o determinan que será un contacto cercano de una persona con COVID confirmado-19. Lea atentamente el siguiente consentimiento informado:

- Autorizo a las Escuelas Públicas del Condado de Worcester a llevar a cabo la recolección y pruebas de mi hijo para COVID-19 a través de hisopo nasal, nasofaríngeo u oral si se considera apropiado por la enfermera de la escuela debido a síntomas o para pruebas de vigilancia (solo estudiantes secundarios).
- Entiendo que mi hijo puede ser probado más de una vez durante todo el año escolar y este consentimiento es válido hasta el final del año escolar 2020-2021, a menos que notifique a la persona de contacto designada por **escrito** que revoco mi consentimiento.
- Autorizo a las Escuelas Públicas del Condado de Worcester a divulgar la información requerida para las pruebas y los resultados al Sistema Regional de Información para Pacientes (CRISP) de Chesapeake, que es el intercambio de información de salud designado por el estado para Maryland, así como al Departamento de Salud de Maryland, y otras entidades según lo requiera la ley. Entiendo que esto incluye la información demográfica e identificativa de mi hijo, como mi nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, género, raza/etnia.
- Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de resultados falsos positivos o falsos negativos.
- Entiendo que esta prueba no reemplaza el tratamiento por ningún proveedor médico, y asumo la responsabilidad completa y plena de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de las pruebas. Acepto que buscaré consejo médico, atención y tratamiento de un proveedor médico si tengo alguna pregunta, inquietud o la condición de mi hijo merece.
- Entiendo que mi hijo debe ser recogido inmediatamente después de ser probado y será excluido de los edificios de la Escuela Pública del Condado de Worcester hasta que los resultados de la prueba PCR regresen, o bajo período de cuarentena termina si un contacto cercano.
- Entiendo que un resultado positivo significa que mi hijo debe ser excluido de la escuela y auto-aislado por las recomendaciones y directrices actuales.

**Nombre del alumno:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico principal /Guardian:** \_\_\_\_\_

**Firma del alumno (18 o más):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_