

## RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DETECCIÓN DE COVID-19 Y DIVULGACIÓN DE LA POLÍTICA DE RESULTADOS

Nombre completo legal del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_ Género del estudiante: \_\_\_\_\_

Número de identificación del estudiante (si procede): \_\_\_\_\_

Nivel de grado del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela de Estudiante: West Jefferson Middle School

Por la presente doy mi consentimiento a los procedimientos de detección COVID-19 de West Jefferson Middle School, y a la divulgación de los resultados de las pruebas de antígeno y/o reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de mi hijo, como sigue:

**1. Consentimiento para la prueba de antígeno COVID-19 y/o PCR.** Doy mi consentimiento y autorizo voluntariamente a West Jefferson Middle School y al Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE) proveedor de laboratorio designado a realizar la recolección, prueba y análisis con el propósito de realizar una prueba de antígeno COVID-19 para mi hijo. Entiendo que la prueba del antígeno COVID-19 requerirá la recolección de una muestra apropiada por un proveedor de atención médica por un hisopo nasal anterior o otro procedimiento aprobado. Entiendo que hay un potencial de resultados de pruebas falsos positivos o falsos negativos. Entiendo que si mi hijo recibe un resultado positivo de la prueba, es mi responsabilidad absoluta tomar medidas apropiadas como aislar y buscar atención médica para mi hijo. Acepto, si tengo preguntas o preocupaciones sobre los resultados de la prueba de mi hijo, o un empeoramiento de la condición de mi hijo, buscar rápidamente consejo de un proveedor médico apropiado para mi hijo. Además, entiendo que mi hijo puede sentir incomodidad y/o mordaza durante la recolección de la muestra COVID-19, y que el proceso de recolección también puede causar tos, estornudos o sangrado. Si el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE) considera necesaria una prueba de PCR, doy mi consentimiento y autorizo a West Jefferson Middle School y a su proveedor de laboratorio designado por CDPHE a realizar la recolección, las pruebas y el análisis con el fin de realizar una prueba de PCR COVID-19 a mi hijo. Entiendo que las declaraciones anteriores relativas a la recolección de muestras, la posibilidad de resultados falsos positivos y/o falsos negativos, y posible la necesidad de buscar consejo médico para mi hijo para la prueba de antígeno COVID-19 también se aplicarán a la recepción de una prueba de PCR de mi hijo.

**2. Autorización para divulgar los resultados de la detección del antígeno COVID-19 y, si es necesario, los resultados de la prueba de PCR a West Jefferson Middle School .** Entiendo y estoy de acuerdo que a mi hijo se le está proporcionando una prueba de antígeno COVID-19 (y posiblemente una prueba de PCR), a ser conducido por West Jefferson Middle School, con el propósito de identificar una posible infección por COVID-19. Por la presente autorizo y solicito voluntariamente a West Jefferson Middle School y a su proveedor de laboratorio designado que utilicen y divulguen información de salud de identificación individual relacionada con la detección del antígeno COVID-19 de mi hijo y, si procede, la prueba de PCR de mi hijo, incluido el nombre de mi hijo, la fecha y los resultados de las pruebas:

West Jefferson Middle School  
9449 S Barnes Ave  
Conifer, CO 80433  
303-982-3056

**Solicito una copia de todos los resultados de la prueba COVID-19 por correo electrónico a:**

\_\_\_\_\_ **o, si el correo electrónico no está disponible, los**

**resultados reportados por teléfono a:** \_\_\_\_\_

**3. Autorización para revelar los resultados de las pruebas de antígeno COVID-19 y PCR a las autoridades gubernamentales.** Reconozco y acepto que West Jefferson Middle School puede revelar los resultados de la prueba de antígeno COVID-19 y/o PCR de mi hijo y otra información necesaria a entidades de salud pública del condado, distrito o estado, según lo requiera la ley.

4. Entiendo que la información personal de mi hijo proporcionada y accesible por West Jefferson Middle School y su proveedor de laboratorio designado en relación con mi hijo que está siendo examinado para COVID-19 y tomando una prueba de antígeno COVID-19 y/ o PCR será utilizada y divulgada por West Jefferson Middle School y su proveedor de laboratorio designado únicamente según lo permita la ley aplicable.

5. Entiendo que mi hijo recibirá un incentivo financiero por participar en este programa. El incentivo(s) se basará en una finalización por prueba (no más de un incentivo por semana). El incentivo(s) se proporcionará a través de una tarjeta de regalo que se enviará por correo a la dirección que se encuentra más abajo. Una tarjeta de regalo será emitida a mi hijo que será cargada/recargada mensualmente - para las pruebas del mes anterior. La tarjeta de regalo inicial proporcionará los términos y condiciones, información de contacto y formas de comprobar el saldo de la tarjeta del proveedor. Entiendo que esta tarjeta de regalo no se puede utilizar para comprar alcohol, tabaco, armas de fuego, explosivos o artículos de juego. Entiendo que si la tarjeta de regalo inicial de mi hijo se pierde o es robada, tendré que reportarla inmediatamente al vendedor que proporciona la tarjeta de regalo.

**Al firmar a continuación, reconozco y estoy de acuerdo que**

**(i) He recibido, revisado y entendido este formulario en su totalidad (y he tenido tiempo suficiente para hacerlo);**

**(ii) Estoy ejecutando este formulario consciente, libre y voluntariamente;**

**(iii) Cumpliré con todas y cada una de las políticas de West Jefferson Middle School , procedimientos, protocolos y/o requisitos [de la escuela] relacionados con cualquiera de los asuntos cubiertos o descritos en este formulario, así como las políticas, procedimientos, protocolos, y/o los requisitos mantenidos por cualquier proveedor u otro tercero contratado por West Jefferson Middle School para aplicar los procedimientos enumerados en el presente documento; y**

**(iv) en la medida en que este formulario entre de alguna manera en conflicto con cualquier ley, regla o reglamento, dicha ley, regla o reglamento aplicable controlará y regirá.**

Confirma que estás de acuerdo con esta prueba.

\_\_\_\_\_ Si estoy de acuerdo                      \_\_\_\_\_ No estoy de acuerdo

**Firma del guardián/padre:** \_\_\_\_\_

**Nombre del guardián/padre:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono del guardián/padre:** \_\_\_\_\_

**Dirección del estudiante:**

**Dirección de la calle o P.O. Box** \_\_\_\_\_

**Número de apartamento, unidad, edificio (opcional)** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_      **Estado: CO**      **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, póngase en contacto con:

West Jefferson Middle School  
303-982-3056