

Austin ISD Prueba de COVID Individual-Estudiante

Para que lo llene el padre de familia, tutor legal o estudiante adulto			
Información del padre de familia o tutor legal			
<i>Se le notificará con los resultados de las pruebas, ya sea a través de teléfono celular o correo electrónico, o ambos.</i>			
Padre de familia o tutor legal Nombre en letra de imprenta:			
Número de teléfono celular del padre de familia o tutor legal: <small>Nota: Los resultados serán enviados por mensaje de texto al siguiente número de celular</small>			
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: <small>(si aplica)</small>			
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	
Código postal:	Condado:		
Escuela:	Grado:		
Fecha de nacimiento: <small>(MM/DD/AAAA)</small>	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		

Al dar su permiso, su menor ("menor" o "examinado" o "estudiante") podrá realizar las pruebas de diagnóstico administradas por el personal de la escuela o su designado.

- Como la mayoría de las pruebas de COVID-19, ni las pruebas combinadas ni las de diagnóstico utilizadas en este programa están aprobadas por la FDA. (Nota: La palabra "aprobado" significa algo muy específico a los ojos de la FDA. A principios de 2021, la FDA no ha aprobado ninguna prueba de COVID-19).
- Las pruebas de diagnóstico individuales se pueden utilizar como "pruebas de seguimiento" si una prueba combinada produce un resultado positivo. También pueden usarse solos. Su escuela u organización determinará cuándo y cómo se utilizarán las pruebas de diagnóstico.
- Dado que las pruebas de diagnóstico brindan resultados individuales, se notificará a cada familia de todos los resultados de cada prueba de diagnóstico que realice su menor.
- Las pruebas de diagnóstico pueden crear información médica protegida (PHI). Protegemos esta información y solo la compartimos cuando es necesario (por ejemplo, con las autoridades de salud pública).
- Su consentimiento se puede cambiar en cualquier momento.
- Los riesgos potenciales de recolectar una muestra incluyen una leve molestia.

Al completar y enviar este consentimiento, confirmo que soy el padre, tutor o persona legalmente autorizada para dar consentimiento para el examinado y:

A. Autorizo la recopilación y prueba de pruebas de diagnóstico individuales según lo solicite la organización o la escuela del examinado en el examinado (incluidas las pruebas rápidas de antígenos y las pruebas de PCR / moleculares). Entiendo que todos los tipos de muestras serán saliva o hisopos nasales cortos, no invasivos. Los riesgos potenciales de la recolección de muestras incluyen la incomodidad de la inserción de los hisopos. Se espera que la irritación sea breve.

B. Entiendo que las pruebas de diagnóstico individuales están autorizadas por la FDA bajo una autorización de uso de emergencia.

C. Entiendo que, como con cualquier prueba COVID-19, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19.

D. Entiendo que ni la escuela u organización del examinado o su designado actúa como proveedor médico del examinado, esta prueba no reemplaza el tratamiento por parte del proveedor médico del examinado, y asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de la prueba del examinado. No tomaré decisiones médicas sin consultar a un proveedor de atención médica ni ignoraré los consejos médicos de mi proveedor de atención médica ni retrasaré la búsqueda de dichos consejos en función de los resultados de las pruebas que reciba de las pruebas agrupadas o individuales.

E. Entiendo que las pruebas de seguimiento pueden crear información de salud protegida (PHI) y otra información de identificación personal del estudiante. De conformidad con 45 CFR 164.524 (c) (3), autorizo y ordeno al administrador de la prueba que transmita dicha información de PHI a la escuela u organización del examinado, a los departamentos estatales de salud pública y educación del departamento correspondientes y al proveedor de la prueba, según corresponda. Además, entiendo que con cualquier envío adicional de un cuestionario de salud para solicitar una prueba COVID-19 individual, doy mi consentimiento para que la información, las pruebas y los resultados del seguro médico se compartan con mi aseguradora de salud o agencia gubernamental que pague mis pruebas con fines de pago. , tratamiento y / o operaciones de atención médica, y como se describe en HIPAA y Política de privacidad. Entiendo que autorizar las pruebas mencionadas anteriormente es opcional y que puedo negarme a otorgar esta autorización, en cuyo caso, no se hará la prueba al examinado.

F. Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es solo con miras al futuro y no afectará la información que ya permití que se divulgara. Para cancelar este permiso para la prueba COVID-19, necesito comunicarme con la escuela u organización del examinado.

He leído la información anterior sobre el Programa, la descripción de las muestras de prueba que se recolectarán y los posibles riesgos del programa. Acepto voluntariamente permitir que el examinado como menor de edad participe en pruebas individuales según corresponda **y entiendo que este consentimiento es efectivo por el resto del año escolar 2021-2022 a menos que cancele el permiso.**

Nombre en letra de imprenta del padre / tutor / estudiante adulto:	
Firma del padre / tutor / estudiante adulto:	
Fecha :	