

# Formulario de Permiso para la Prueba de COVID-19 a Menores



In  office DX

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

## Propósito:

Para prevenir el contagio del COVID-19, el realizar pruebas, rastrear contactos y el aislamiento de las personas infectadas permite que la comunidad permanezca sana y a salvo. El propósito de este "Formulario de Permiso para la Prueba de COVID-19 a Menores" es para que los padres de familia o tutores legales autoricen que se le administre la prueba de COVID-19 a su hijo para mejorar la seguridad de cada alumno, su escuela y toda la comunidad.

## Autorización:

- Autorizo al Distrito Escolar Unificado Paradise Valley en alianza con la Unidad de Evaluación para COVID-19 del Laboratorio de Diagnóstico IODx Corporation PRN a realizar la prueba de COVID-19 PCR conforme sea necesario.
- Autorizo a dicha unidad a realizar recolección y pruebas de COVID-19 por medio nasal —por la fosa nasal a menos de una pulgada — para la detección del virus. Para aquellos niños a quienes no se les puede realizar una prueba nasal, se les hará una prueba bucal por el interior de la mejilla o por debajo de la lengua.
- Autorizo a dicha Unidad de Evaluación a compartir los resultados de la prueba de mi hijo con su escuela con el único propósito de identificar a otros que pudieran haber estado expuestos. Entiendo que los resultados de mi hijo serán compartidos con el Departamento de Salud Pública del Condado de Maricopa o con cualquier otra organización gubernamental que la ley requiera. El compartir cualquier registro con información legalmente confidencial y personal (ej.: escolaridad y/o expedientes médicos) se hará en apego a las leyes de protección de privacidad aplicables, incluyendo la Ley de Derechos Educativos de la Familia y Privacidad (FERPA por sus siglas en inglés) y la Ley de Privacidad del Seguro Médico (HIPPA por sus siglas en inglés).

## Concientización:

Asumo completa y total responsabilidad de tomar la acción apropiada con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo. Acepto que un resultado de una prueba positiva es una indicación de que mi hijo debe aislarse y utilizar un cubrebocas como se indica para evitar infectar a otras personas. Entiendo que, como en toda prueba médica, esta prueba de COVID-19 tiene el potencial de dar un falso positivo (la prueba sale positiva pero mi hijo no tiene la infección) o un falso negativo (la prueba sale negativa pero mi hijo tiene la infección). Estoy de acuerdo en procurar la opinión médica, cuidado y tratamiento por parte de mi proveedor de servicios médicos en caso de que tenga preguntas o preocupaciones o en caso que la condición de mi hijo empeore. Entiendo que la Unidad de Evaluación no opera como un proveedor de servicios médicos y la prueba no reemplaza el tratamiento de un proveedor de servicios médicos.

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

Entiendo que no habrá costo para mí por este procedimiento, el costo será cubierto por mi seguro médico, el financiamiento de la Ley CARES para personas sin seguro u otros fondos de CARES por medio del estado de Arizona.

Entiendo que puedo contactar a la escuela de mi hijo en cualquier momento para cancelar su participación en este programa de pruebas.

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

Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Formulario de Registro para la Prueba de COVID-19 a Menores



Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

In office DX

## Información del Paciente/Alumno

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Si no cuenta con seguro, marque este cuadro :

## Información de Contacto de Padres/Tutor Legal para los Resultados de la Prueba:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ # interior: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

*Los resultados de una prueba negativa serán comunicados por correo electrónico. En los casos de resultados positivos las comunicaciones se harán por correo electrónico y llamada telefónica.*

# Formulario de Registro para la Prueba de COVID-19 a Menores



Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

In office DX

## Información del Paciente/Alumno

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Si no cuenta con seguro, marque este cuadro :

## Información de Contacto de Padres/Tutor Legal para los Resultados de la Prueba:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ # interior: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

*Los resultados de una prueba negativa serán comunicados por correo electrónico. En los casos de resultados positivos las comunicaciones se harán por correo electrónico y llamada telefónica.*