

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DO ALUNO PARA TESTE DE COVID-19 OPCIONAL**A SER COMPLETADO PELOS PAIS/ RESPONSÁVEIS****Informações dos pais/responsáveis**

Você não será notificado dos resultados de verificação de segurança de COVID-19 feitas de rotina (anteriormente referido como "teste combinado"), mas será notificado dos resultados individuais de testes, seja por telefone ou via e-mail.

- Se o seu filho testou positivo para COVID-19 nos últimos 90 dias, ele ainda não deve participar de testes COVID-19 para evitar falsos positivos.
- Indivíduos não vacinados são fortemente encorajados a participar das checagens de segurança de rotina do COVID.
- Os indivíduos vacinados podem participar de verificações de segurança de rotina do COVID.

Pai/Responsável**Nome impresso:****# Celular do Pai/Responsável:**

Nota: resultados serão enviados por texto para esse número #

Pai/Responsável**Endereço de e-mail:****Informações sobre crianças/estudantes****Nome impresso da criança/aluno:****Nível da série:****Nome do professor:****Data de nascimento:**

(MM/DD/YYYY) ou (mês/dia/ano)

Idade:**Consentimento**

- Sim**, dou consentimento para que meu filho participe dos testes COVID-19 incluindo Sintomático, Teste e Fique e Verificação de Segurança de Rotina de COVID-19 (por favor marque esse quadrado, leia e assine o formulário abaixo)
- Sim**, dou consentimento para que meu filho participe dos testes COVID-19 Sintomático, Teste e Fique SOMENTE (por favor marque esse quadrado, leia e assine o formulário abaixo)
- Não**, não dou consentimento para que meu aluno participe dos testes COVID-19 (por favor, marque esse quadrado e assine o formulário abaixo)

CONSENTIMENTO

Ao preencher e enviar este formulário, confirmo que sou o pai, responsável ou indivíduo legalmente autorizado a fornecer consentimento e:

- A. Autorizo a coleta e o teste de uma amostra do aluno para COVID-19 na escola, seja para um teste individual (por exemplo, teste individual de antígeno ou PCR) ou para uma verificação de segurança de rotina de COVID (teste combinado). Ao assinar este formulário, estou consentindo com qualquer um dos seguintes métodos de teste para o meu aluno. Entendo que a escola do meu aluno determinará quais métodos de teste são oferecidos ao aluno e me informará dos serviços que a escola está administrando antes do início ou qualquer mudança para o programa de testes de COVID-19 na escola. Mais detalhes sobre os tipos de teste são fornecidos no apêndice A.
- Testes individuais em indivíduos sintomáticos: para quando os indivíduos apresentam sintomas enquanto estão na escola.
 - Testes individuais em contatos próximos (*Teste e Fique*): para que contatos próximos assintomáticos sejam testados diariamente por pelo menos cinco (5) dias a partir do primeiro dia de exposição, com indivíduos testando negativo sendo permitido permanecer na escola
 - Verificação de segurança de rotina COVID-19 (anteriormente referida como "teste em grupo"): para testes de rotina coletando um grupo de amostras e realizando-se em teste no grupo, para eficiência, com testes individuais acontecendo nas mesmas amostras individuais no laboratório ou em novas amostras dos indivíduos do grupo.
- B. Entendo que todos os tipos de amostras serão com cotonetes nasais curtos ou amostras de saliva.
- C. Entendo que uma verificação de segurança de rotina COVID-19 (anteriormente referida como teste combinado) pode produzir resultados individuais, e que os resultados individuais do meu aluno dentro de uma verificação de segurança podem não ser compartilhados comigo. No entanto, entendo e concordo que as informações pessoais de saúde do meu aluno e informações pessoalmente identificáveis dos registros educacionais podem ser inseridas na plataforma de tecnologia do provedor de testes para ajudar no

rastreamento de testes de verificação de segurança e identificação de indivíduos que precisam de testes individuais de acompanhamento.

- D. Entendo que serei notificado sobre os resultados de qualquer teste individual para COVID-19 realizado no meu aluno.
- E. Entendo que há o potencial para um resultado de teste COVID-19 falso positivo ou falso negativo, não importa o tipo de teste que está sendo realizado. Dado o potencial de um falso negativo, entendo que meu aluno deve continuar a seguir todas as orientações de segurança do COVID-19, e seguir os protocolos escolares para isolamento e teste caso o aluno desenvolva sintomas de COVID-19.
- F. Entendo que a equipe que administra todos os testes COVID-19 recebeu treinamento sobre administração segura e adequada de testes. Concordo que nem o administrador de testes nem as Escolas Públicas de Framingham, nem nenhum de seus curadores, oficiais, funcionários ou patrocinadores da organização são responsáveis por qualquer acidente ou lesão que possa ocorrer a partir da participação no programa de testes COVID-19.
- G. Entendo que meu aluno **deve** ficar em casa se ele sentir mal. Reconheço que um resultado positivo do teste **individual** é uma indicação de que meu aluno deve ficar em casa da escola, se isolar e continuar usando uma máscara ou cobertura facial como orientado em um esforço para evitar infectar os outros.
- H. Entendo que o sistema escolar não está agindo como provedor médico do meu aluno, este teste não substitui o tratamento pelo provedor médico do meu aluno, e assumo total e completa responsabilidade de tomar as medidas apropriadas em relação aos resultados dos testes do meu aluno. Concordo que procurarei aconselhamento médico, cuidados e tratamento do provedor médico do meu aluno se eu tiver dúvidas ou preocupações, ou se sua condição piorar. Entendo que sou financeiramente responsável por qualquer cuidado que meu aluno receba de seu profissional de saúde.
- I. Entendo que os testes COVID-19 podem criar informações de saúde protegidas (PHI) e outras informações pessoalmente identificáveis do aluno, e tais informações só serão acessadas, usadas e divulgadas de acordo com a HIPAA e a lei aplicável. De acordo com 45 CFR 164.524(c)(3), autorizo e direciono o provedor de testes a transmitir tal PHI para a escola do meu aluno, o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts, o Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos de Massachusetts e o laboratório de testes. Entendo ainda que o PHI pode ser divulgado ao Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos e a qualquer outra parte, conforme autorizado pela HIPAA.
- J. Entendo que a participação nos testes COVID-19 pode exigir que a escola divulgue informações de identidade, demografia e contato do meu aluno, desde os registros educacionais até o provedor de testes e pode exigir que a escola divulgue informações de identidade, demografia e contato do meu aluno dos registros educacionais para o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts. De acordo com a FERPA, 34 CFR 99.30, autorizo minha escola a divulgar tais informações pessoalmente identificáveis (PII) como é necessário para que meu aluno participe dos testes COVID-19.
- K. Entendo que autorizar esses testes COVID-19 para o meu aluno é opcional e que posso me recusar a dar essa autorização, nesse caso, meu aluno não será testado.
- L. Entendo que posso mudar de ideia e cancelar essa permissão a qualquer momento, mas que esse cancelamento é apenas para a frente, e não afetará as informações divulgadas anteriormente. Para cancelar esta permissão para testes COVID-19, preciso entrar em contato com COVID@framinghamk12.ma
- M. Autorizo o provedor de testes e/ou o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts a monitorar aspectos do vírus COVID-19, como o rastreamento de mutações virais, analisando amostras positivas para fins epidemiológicos e de saúde pública. Os resultados dessas análises não serão pessoalmente identificáveis nem criarão informações pessoalmente identificáveis.

Eu, abaixo-assinado, fui informado sobre a finalidade do teste COVID-19, procedimentos, possíveis benefícios e riscos, e recebi uma cópia deste Consentimento Informado. Me foi dada a oportunidade de fazer perguntas antes de assinar, e me disseram que posso fazer perguntas adicionais a qualquer momento. Concordo voluntariamente com este teste para COVID-19 para o meu aluno.

Assinatura do Pai/ Responsável:		Data:
---------------------------------	--	-------

APÊNDICE A: TIPOS DE TESTE POSSÍVEIS

Ao assinar este formulário, estou consentindo com qualquer um dos seguintes métodos de teste para o meu aluno. Entendo que a escola do meu aluno determinará quais métodos de teste são oferecidos ao meu aluno e me informará dos serviços que a escola está administrando antes do início ou qualquer mudança para o programa de testes de COVID-19 da escola.

Teste Individual:

Teste sintomático: (para quando os indivíduos apresentam sintomas enquanto estão na escola; os indivíduos não devem ir à escola se apresentarem sintomas enquanto estiverem em casa): Amostras de cotonete nasal rasas são coletadas na escola por meio de um teste diagnóstico aprovado.

“Teste e Fique”: (teste de contato próximo): Amostras de cotonete nasal rasas são coletadas na escola por meio de um teste de diagnóstico aprovado. Os testes são administrados diariamente desde o primeiro dia de exposição por pelo menos cinco (5) dias, com os indivíduos testando negativo sendo autorizados a permanecer na escola.

Verificação de segurança de rotina de COVID:

Por favor, note que agora estamos usando a terminologia "verificações de segurança de rotina de COVID" para descrever o que anteriormente chamamos de "testes combinados". Os testes de acompanhamento são testes diagnósticos individuais que identificam os indivíduos positivos em uma verificação positiva de segurança COVID.

Verificação de segurança e teste de acompanhamento baseado em escola: Amostras de cotonete nasal rasas são coletadas na escola e colocadas em um único tubo (máximo de 10 amostras por tubo). Se ou em caso de um grupo testar positivo, o teste de acompanhamento individual com uma segunda coleta de amostras ocorre na escola com testes rápidos e/ou individuais de PCR, conforme necessário.

Teste de verificação de segurança e acompanhamento baseado em laboratório: Amostras de saliva ou cotonete nasal rasas são coletadas e mantidas separadas antes de serem agrupadas no laboratório. Se um grupo testar positivo, o teste de acompanhamento individual ocorre no laboratório, sem uma segunda coleta de amostras.