

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA LAS PRUEBAS OPCIONALES DE COVID-19**PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES O TUTORES****Información de los padres/tutores**

No se le notificará sobre los resultados de la verificación de seguridad (anteriormente conocida como prueba grupal), pero sí se le notificará los resultados de las pruebas individuales, ya sea por teléfono o por correo electrónico.

- Si su estudiante ha dado positivo a COVID-19 en los últimos 90 días, no debe participar en la prueba de COVID-19 para evitar falsos positivos.
- Se recomienda encarecidamente a las personas no vacunadas que participen en la verificación de seguridad de rutina de COVID.
- Las personas vacunadas pueden participar en la verificación de seguridad de rutina de COVID.

Nombre del padre/madre/tutor en letra de molde:**Número de teléfono celular o móvil del padre/madre/tutor:**

Nota: los resultados se enviarán por mensaje de texto a este número

Correo electrónico del padre/madre/tutor:**Información del niño/estudiante****Nombre en letra de molde del niño/estudiante:****Grado:****Nombre del maestro(a):****Fecha de nacimiento:**
(MM/DD/AAAA)**Edad:****Consentimiento**

- Sí, doy mi consentimiento para que mi estudiante participe en las pruebas COVID-19, incluidas las pruebas sintomáticas, las pruebas para quedarse y la verificación de seguridad de rutina de COVID (pruebas grupales) (lea y firme el formulario a continuación).
- Sí, doy mi consentimiento para que mi estudiante participe en las pruebas sintomáticas y las pruebas para quedarse SOLAMENTE (marque la casilla, lea y firme el formulario a continuación)
- No** doy mi consentimiento para que mi estudiante participe en las pruebas COVID-19. (No se necesitan más acciones)

CONSENTIMIENTO

Al completar y entregar este formulario, confirmo que soy el padre, la madre, el tutor o la persona legalmente autorizada para dar consentimiento y doy fe de lo siguiente:

- A. Autorizo la recolección y el análisis de una muestra de mi estudiante para COVID-19 durante el horario escolar, ya sea para una prueba individual (por ejemplo, antígeno individual o prueba de PCR) o para una verificación de seguridad de rutina de COVID (prueba grupal). Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para cualquiera de los siguientes métodos de prueba para mi estudiante. Entiendo que la escuela determinará qué métodos de prueba se administrará a mi estudiante y me informará de los servicios que la escuela está administrando antes del inicio, o cualquier cambio en el programa de pruebas de COVID-19 en la escuela. En el Apéndice A se proporcionan más detalles sobre los tipos de prueba.
- Pruebas individuales en individuos sintomáticos: cuando los individuos presentan síntomas mientras están en la escuela.
 - Pruebas individuales en contactos cercanos (prueba para quedarse): para que los contactos cercanos asintomáticos se les administre una prueba diariamente durante al menos cinco (5) días desde el primer día de exposición y se permita que las personas con resultados negativos permanezcan en la escuela.
 - Verificación de seguridad de rutina de COVID-19 (anteriormente denominada "prueba grupal"): para pruebas de rutina mediante la recolección de un grupo de muestras y la administración de una prueba al grupo, para mayor eficiencia, con pruebas individuales que se realizan en las mismas muestras individuales en el laboratorio o en nuevas muestras de los individuos del grupo.
- B. Entiendo que todos los tipos de muestras serán no invasivas, hisopos nasales cortos.

- C. Entiendo que una verificación de seguridad de rutina de COVID-19 (anteriormente conocidas como pruebas grupales) puede producir resultados individuales, y que los resultados individuales de mi estudiante dentro de una verificación de seguridad no pueden ser compartidos conmigo. Sin embargo, entiendo y acepto que la información personal de salud de mi estudiante y la información de identificación personal de los registros educativos pueden ser ingresados en la plataforma tecnológica del proveedor de pruebas para ayudar en el seguimiento de la verificación de seguridad y la identificación de los individuos que necesitan pruebas de seguimiento individuales.
- D. Entiendo que se me notificarán los resultados de cualquier prueba individual de COVID-19 realizada a mi estudiante.
- E. Entiendo que existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19, sin importar el tipo de prueba que se realice. Dado el potencial de un falso negativo, entiendo que mi estudiante debe seguir todas las pautas de seguridad de COVID-19, y seguir los protocolos de la escuela para el aislamiento y las pruebas en caso de que el estudiante desarrolle síntomas de COVID-19.
- F. Entiendo que el personal que administra todas las pruebas de COVID-19 ha recibido capacitación sobre la administración segura y adecuada de las pruebas. Estoy de acuerdo en que ni el administrador de la prueba ni las Escuelas Públicas de Framingham, ni ninguno de sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de ningún accidente o lesiones que puedan ocurrir por la participación en el programa de pruebas de COVID-19.
- G. Entiendo que mi estudiante **deberá** permanecer en casa si se siente mal. Reconozco que un resultado positivo de la prueba **individual** es una indicación de que mi estudiante debe quedarse en casa y no ir a la escuela, aislarse y continuar usando una mascarilla o cubierta facial como se indica para evitar infectar a otros.
- H. Entiendo que el sistema escolar no está actuando como proveedor médico de mi estudiante, esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor médico de mi hijo/a, y asumo la completa y total responsabilidad de tomar las acciones apropiadas con respecto a los resultados de la prueba de mi estudiante. Acepto solicitar asesoramiento, atención y tratamiento médico al proveedor de servicios médicos de mi hijo/a si tengo preguntas o preocupaciones, o si su estado empeora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cuidado que mi estudiante reciba de su proveedor de salud.
- I. Entiendo que las pruebas de COVID-19 crearán información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y otra información de identificación personal del estudiante, y que dicha información solo será accedida, utilizada y divulgada de acuerdo con HIPAA y la ley aplicable. De conformidad con el artículo 45 CFR 164.524(c)(3), autorizo y ordeno a la compañía de pruebas a transmitir dicha información PHI a la escuela de mi estudiante, al Departamento de Salud Pública de Massachusetts, la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts y el laboratorio de pruebas. Entiendo además que la PHI puede ser revelada a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y a cualquier otra parte, según lo autorizado por la HIPAA.
- J. Entiendo que la participación en las pruebas COVID-19 puede requerir que la escuela revele la identidad, información demográfica y de contacto de mi estudiante de los registros educativos al proveedor de la prueba y puede requerir que la escuela revele la identidad, información demográfica y de contacto de mi estudiante de los registros educativos al Departamento de Salud Pública de Massachusetts. De conformidad con FERPA, 34 CFR 99.30, autorizo a mi escuela a divulgar la información de identificación personal (PII) que se requiere para que mi estudiante participe en las pruebas COVID-19.
- K. Entiendo que autorizar estas pruebas de COVID-19 para mi estudiante es opcional y que puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, mi estudiante no será sometido a la prueba.
- L. Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es sólo para pruebas futuras y no afectará a la información que ya haya permitido que se difunda. Para cancelar este permiso para las pruebas de COVID-19, necesito contactar a COVID@framinghamk12.ma.us
- M. Autorizo al proveedor de la prueba y/o al Departamento de Salud Pública de Massachusetts a monitorear aspectos del virus COVID-19, como el seguimiento de mutaciones virales, mediante el análisis de muestras positivas con fines epidemiológicos y de salud pública. Los resultados de dichos análisis no serán de identificación personal ni crearán información de identificación personal.

Yo, el infrascrito, he sido informado sobre el propósito de la prueba de COVID-19, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este consentimiento informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba de COVID-19 para mi estudiante.

Firma del padre/tutor:		Fecha:
------------------------	--	--------

APÉNDICE A: POSIBLES TIPOS DE PRUEBA

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para cualquiera de los siguientes métodos de prueba para mi estudiante. Entiendo que la escuela de mi estudiante determinará qué métodos de prueba se administrarán a mi estudiante y me informará de los servicios que la escuela está administrando antes del inicio o cualquier cambio en el programa de pruebas COVID-19 de la escuela.

Pruebas individuales:

Pruebas sintomáticas (para cuando las personas presentan síntomas mientras están en la escuela; las personas no deben ir a la escuela si experimentan síntomas en el hogar): muestras de hisopos nasales poco profundos se recolectan en la escuela mediante una prueba de diagnóstico aprobada.

“Prueba para quedarse” (prueba para contactos cercanos): muestras de hisopos nasales poco profundos se recolectan en la escuela usando una prueba de diagnóstico aprobada. Las pruebas se administran diariamente desde el primer día de exposición durante al menos cinco (5) días, y se permite que las personas que obtengan un resultado negativo permanezcan en la escuela.

Verificación de seguridad de rutina de COVID:

Tenga en cuenta que ahora estamos utilizando la terminología "verificación de seguridad de rutina de COVID" para describir lo que anteriormente llamabamos "pruebas grupales". Las pruebas de seguimiento son pruebas de diagnóstico individuales que identifican a las personas positivas en una verificación de seguridad positiva de COVID .

Verificación de seguridad y pruebas de seguimiento en la escuela: las muestras de hisopos nasales poco profundos se recolectan en la escuela y se colocan en un solo tubo (máximo de 10 muestras por tubo). En caso de que un grupo dé positivo, se realizará una prueba de seguimiento individual en la escuela con una segunda recolección de muestra utilizando pruebas de PCR rápidas y/o individuales, según sea necesario.

Verificación de seguridad y pruebas de seguimiento basadas en laboratorio: Se recolectan muestras de saliva o hisopos nasales poco profundos y se mantienen separados antes de agruparse en el laboratorio. Si un grupo da positivo, se realiza una prueba de seguimiento individual en el laboratorio, sin una segunda recolección de muestra.