

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA LAS PRUEBAS OPCIONALES DE COVID-19

El Distrito Escolar de la Unidad Comunitaria de North Boone # 200 da prioridad a la salud y seguridad de nuestros estudiantes y sus familias. Como tal, además de los pasos para detectar el virus y prevenir su propagación dentro de nuestras escuelas, estamos agregando un programa voluntario de pruebas COVID-19 de Pre-K-12 para los estudiantes. Este programa utiliza las pruebas BinaxNOW de Abbott Laboratories proporcionadas por el gobierno federal. Solo probaremos con su consentimiento. Si está dispuesto a dar su consentimiento para que le administremos esta prueba a su hijo, complete este formulario.

¿Qué es la prueba?

Si su hijo tiene síntomas o forma parte de un grupo designado para la prueba, si usted da su consentimiento, su hijo recibirá una prueba rápida BinaxNOW gratuita para el virus COVID-19. La recolección de una muestra para la prueba implica el uso de un algodón, similar a un Q-Tip, colocado dentro de la punta de la nariz. Una enfermera escolar que ha sido entrenada para administrar esta prueba coleccionará el espécimen y completará la prueba. Los resultados de las pruebas estarán disponibles para el padre / tutor que firme este formulario a continuación. Este programa es una opción gratuita para los estudiantes y el personal y esperamos que elija hacerse el examen para mantener nuestras escuelas lo más saludables y seguras posible. La identificación temprana del personal / estudiantes puede reducir el riesgo dentro del edificio, sus propias familias y las otras familias que asisten al Distrito Escolar 200 de North Boone. Las pruebas se ofrecen además de los protocolos de seguridad existentes, como el uso de máscaras, distanciamiento social, y desinfección frecuente de superficies.

¿Qué debo hacer cuando reciba mis resultados o los de mi hijo?

Resultado positivo:

Si su hijo da positivo en la prueba del virus, lo trasladarán a un salón alejado de otros estudiantes y del personal hasta que pueda recogerlo. El estudiante será excluido de la escuela durante al menos 10 días a partir de la fecha en que aparezcan los primeros síntomas y no tendrá síntomas durante 24 horas sin ningún medicamento para reducir la fiebre.

Resultado negativo:

Si los resultados de la prueba de su hijo son negativos y él o ella tiene síntomas, su hijo deberá completar una prueba de PCR COVID-19 para confirmar el resultado de la prueba rápida. El estudiante será excluido de la escuela durante al menos 10 días a partir de la fecha en que aparezcan los primeros síntomas y no tendrá síntomas durante 24 horas sin ningún medicamento para reducir la fiebre. Esto se puede hacer en cualquiera de los sitios de prueba (información adjunta). En un pequeño número de casos, las pruebas a veces producen resultados incorrectos. Por ejemplo, mostrar resultados negativos (llamados "falsos negativos") en personas que tienen COVID-19. Si su hijo da negativo pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa la exposición de su hijo al COVID-19, debe completar la prueba de PCR de COVID-19 y llamar al médico de su hijo para obtener más orientación.

Síntomas conocidos:

Las personas con COVID-19 han reportado una amplia gama de síntomas, que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Las personas con estos síntomas pueden tener COVID-19:

- Sensación de fiebre o una temperatura medida mayor o igual a 100.4 grados Fahrenheit
- Pérdida de sabor o olor
- Tos
- Respiración dificultosa
- Dificultad para respirar
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal.
- Escalofríos, temblores o escalofríos exagerados
- Dolor muscular o dolor muscular significativo
- Diarrea
- Náuseas o vómitos

Esta lista no incluye todos los síntomas posibles.

Descargo de responsabilidad:

Mientras nos damos cuenta de que se tomarán precauciones para la seguridad de los estudiantes, por favor entienda que ni el administrador de pruebas ni el Distrito Escolar de la Unidad comunitaria de North Boone #200, ni ninguno de sus administradores, oficiales, empleados, o los patrocinadores de la organización son responsables de cualquier accidente o lesión que pueda ocurrir a su hijo, como resultado de aceptar la prueba.

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE ADULTO**Información del padre / tutor***Se le notificará con los resultados de la prueba ya sea por teléfono celular o en persona cuando recoja a su estudiante.*

Padre/ Tutor Imprimir nombre:			
Número de móvil del padre / tutor:			
Padre/ Tutor Dirección de correo electrónico:			
Proveedor de atención médica del estudiante:		Teléfono:	

Información del niño / estudiante

Nombre impreso del niño/estudiante:				
Dirección:		Ciudad:		Estado:
Código postal:		Condado:		
Escuela:		Nivel de grado:		
Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)		Edad:		
Raza/etnia:	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Native American/Indigenous	Género:
	<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other/Unknown

CONSENTIMIENTO

Firmando a continuación, certifico que:

- A. Autorizo al sistema escolar a llevar a cabo la recolección y la prueba de COVID-19 de mi hijo mediante un algodón nasal.
- B. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi hijo debe aislarse por sí mismo durante 10 días desde el inicio de los síntomas y hasta que estén libres de síntomas durante 24 horas sin ningún medicamento para reducir la fiebre.
- C. Entiendo que el sistema escolar no actúa como nuestro proveedor médico, esta prueba no reemplaza el tratamiento de nuestro proveedor médico, y asumo la responsabilidad total y total de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo. Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento de nuestro proveedor médico si tengo preguntas o inquietudes, o si la condición de mi hijo empeora.
- D. Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19.
- E. **Los resultados de esta prueba serán reportados al Departamento de Salud del Condado de Boone y al proveedor anterior.**

Yo, el firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, procedimientos, posibles beneficios y riesgos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y entiendo que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente este examen de COVID-19 por el resto del año escolar. Entiendo que puedo optar por revocar esta decisión notificando a la escuela.

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

DECLINACIÓN PARA PRUEBAS DE COVID

Firmando a continuación, certifico que:

- A. NO autorizo al sistema escolar a realizar la recolección y análisis de mi hijo para detectar COVID-19 mediante un algodón nasal.
- B. Reconozco que si mi hijo se enferma, deberá aislarse siguiendo las pautas de IDPH.

Yo, el firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, 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. Rechazo esta prueba de COVID-19 por el resto del año escolar. Entiendo que en cualquier momento puedo optar por cambiar esta decisión notificando a la escuela.

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