

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA PRUEBA OPCIONAL DE COVID-19**

Las Escuelas Públicas del Condado de Broward están ofreciendo un programa de pruebas de detección de COVID-19 a los estudiantes de K-12. Solo se administrará la prueba con su consentimiento. Si así lo desea, llene este formulario para administrar la prueba a su hijo(a) o a usted mismo (si es un estudiante de 18 años o más).

**¿En qué consiste la prueba?**

Al dar su consentimiento, cuando su hijo(a) o el estudiante de 18 años o más presente síntomas de COVID-19 o sea parte de un grupo designado para pruebas de detección recibirá una prueba gratis de COVID-19. La prueba consiste en usar un hisopo, similar al Q-Tip, cuya punta se coloca dentro de la nariz. El personal de salud de la escuela que está capacitado para realizar esta prueba recogerá la muestra y un administrador capacitado en pruebas de COVID-19 supervisará el proceso. El resultado de la prueba estará disponible para el padre/tutor que firme este formulario. Este se enviará por mensaje de texto y/o correo electrónico y/o estará accesible en un portal web o sitio web. El programa es **totalmente opcional** para los estudiantes, aunque esperamos que nos autorice realizar esta prueba para que nuestras escuelas estén lo más saludables y seguras posible.

**¿Qué debo hacer cuando reciba el resultado de la prueba de mi hijo(a)?**

Si su hijo(a) o usted (si es un estudiante de 18 años o más) da positivo por el coronavirus, deberá ser alejado(a) de los otros estudiantes y el personal, y se trasladará al estudiante a una sala aparte hasta que lo(a) vengán a recoger. Le pedimos que se mantenga o mantenga a su hijo(a) en casa hasta que el periodo de infección termine (por lo general, después de la desaparición de los síntomas y, por lo menos, después de 10 días a partir de la fecha de la aparición de los primeros síntomas) y cuando el estudiante ya no esté en el periodo de contagio. En un número reducido de casos, las pruebas pueden arrojar resultados incorrectos— mostrando resultados negativos (llamados “falsos negativos”) en personas que tienen COVID-19 o mostrando resultados positivos (llamados “falsos positivos”) en personas que no tienen COVID-19. Si su hijo(a) da negativo, pero presenta síntomas de COVID-19, no debe regresar a la escuela hasta 10 días después de la aparición de los síntomas y hasta que estos hayan desaparecido.

**Síntomas conocidos:**

Las personas con COVID-19 han reportado una gran variedad de síntomas— que van desde los más leves a una enfermedad grave. Estos pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Los siguientes son los síntomas de la COVID-19:

- Sentirse afiebrado o con una temperatura mayor o igual a 100.4 grados Fahrenheit (38° C)
- Pérdida reciente del olfato o gusto
- Tos
- Dificultad para respirar
- Falta de aire
- Cansancio
- Dolor de cabeza
- Escalofríos
- Dolor de garganta
- Congestión o goteo nasal
- Temblores y escalofríos que no ceden
- Dolor o molestia muscular significativa
- Diarrea
- Náusea o vómito

Esta lista no incluye todos los síntomas posibles.

**Descargo de responsabilidad:**

Aunque se tomen las debidas precauciones, por favor, comprenda que ni el administrador de la prueba ni las Escuelas Públicas del Condado de Broward, ni ninguno de sus administradores, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de cualquier accidente o lesión que pueda ocurrirle a su hijo(a) o a usted mismo (si es un estudiante de 18 años o más), como resultado de haber aceptado la prueba.



## PARA COMPLETAR POR EL PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE ADULTO

### Información del padre/tutor

*Se le notificará el resultado de la prueba por teléfono o correo electrónico o ambos.*

<b>Escribir nombre de padre/tutor en imprenta:</b>	
<b>N.º de teléfono de padre/tutor:</b> <small>Nota: los resultados se enviarán por mensaje de texto al celular</small>	
<b>Correo electrónico del padre/tutor:</b>	

### Información del niño, la niña/estudiante

<b>Escribir nombre del niño(a)/estudiante:</b>			
<b>N.º de ID escolar:</b>			
<b>Proveedor del Cuidado de la Salud/Número de teléfono:</b>			
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	
<b>Código postal:</b>	<b>Condado:</b>		
<b>Escuela:</b>	<b>Grado:</b>		
<b>Fecha de nacimiento:</b> <small>(MM/DD/AAAA)</small>	<b>Edad:</b>		
<b>Raza/Origen étnico:</b>	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo americano/Indígena <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sabe	<b>Género:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro/No sabe

### CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, confirmo que:

- A. Doy mi consentimiento y autorizo al sistema escolar a realizar la recolección de muestras y las pruebas de COVID-19 a mi hijo(a) o a mí mismo (si es un estudiante de 18 años o más) con un hisopo nasal.
- B. Reconozco que, un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi hijo(a) debe aislarse en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- C. Entiendo que, el sistema escolar no está actuando como el proveedor de atención médica de mi hijo(a), que la prueba no reemplaza el tratamiento de un proveedor de atención médica, y asumo con total y completa responsabilidad tomar las medidas apropiadas en cuanto a los resultados de la prueba de mi hijo(a). Estoy de acuerdo en que buscaré asesoría, atención y tratamiento médico del proveedor del cuidado de la salud de mi hijo(a), si tengo preguntas o inquietudes o si su condición empeora.
- D. Entiendo que, como con cualquier otra prueba médica, existe la posibilidad de un falso positivo o un falso negativo en el resultado de la prueba de COVID-19.
- E. Entiendo que, puede realizarse varias veces a lo largo del año escolar 2021-2022, y autorizo la prueba para mi hijo(a) o para mí (si es un estudiante de 18 años o más) a lo largo del año escolar 2021-2022. Entiendo que, esta autorización puede anularse al presentar una notificación de anulación por escrito con mi firma al sistema escolar.

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. Doy mi consentimiento voluntariamente, y estoy de acuerdo con la realización de la prueba de COVID-19.

<b>Firma del padre/tutor:</b>	<b>Fecha:</b>	
<b>Firma del estudiante:</b> <small>(si tiene 18 años o más o autorizado a dar su consentimiento)</small>	<b>Fecha:</b>	