



FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DO ESTUDANTE PARA TESTE OPCIONAL DE COVID-19

As Escolas Públicas do Condado de Broward estão oferecendo um programa de testes de COVID-19 para os alunos do K - 12º ano. Somente faremos os testes com o seu consentimento. Se você estiver de acordo em nos autorizar a realizar este teste em seu filho/a ou em você mesmo (se o estudante tiver 18 anos ou mais), por favor, preencha este formulário.

Qual é o teste?

Se seu filho/a tiver sintomas de COVID-19 ou fizer parte de um grupo designado para testes, mediante seu consentimento, seu filho/a receberá um teste gratuito de COVID-19. Os testes são feitos com um cotonete, semelhante a um *Q-Tip*, inserido no interior da ponta do nariz. A equipe escolar de saúde, que foi treinada para usar este teste, coletará a amostra e um administrador treinado em testes de COVID-19 supervisionará o processo. Os resultados do teste serão disponibilizados aos pais/responsáveis que assinarem o formulário abaixo. Os resultados serão enviados por mensagem de texto e/ou e-mail e/ou serão acessíveis através de um portal e/ou website na internet. Este programa é **completamente opcional** para os alunos, embora esperemos que optem por fazer o teste para manterem nossas escolas saudáveis e seguras o máximo possível.

O que devo fazer quando receber os resultados do teste do meu filho/a?

Se seu filho/a ou você (se for um estudante de 18 anos ou mais) testar positivo para o vírus, ele/ela/você será transferido para uma sala longe de outros estudantes e funcionários até que alguém possa buscá-lo. Pedimos que mantenham seu filho/a em casa até que o período de infecção tenha passado (normalmente após a melhora dos sintomas e pelo menos 10 dias a partir da data dos primeiros sintomas) e seu filho/a não esteja mais contagioso/a. Em um pequeno número de casos, os testes às vezes produzem resultados incorretos – mostrando resultados negativos (chamados de "falsos negativos") em pessoas que têm COVID-19 ou mostrando resultados positivos (chamados de "falsos positivos") em pessoas que não têm COVID-19. Se o teste de seu filho/a der negativo, mas ele/ela apresentar sintomas de COVID-19, ele/ela não deverá retornar à escola até que tenham se passado dez dias desde o início dos sintomas e eles estejam diminuindo.

Sintomas Conhecidos:

Pessoas com COVID-19 têm relatado uma série de sintomas, que vão desde sintomas leves a condições graves. Os sintomas podem aparecer de 2 a 14 dias após a exposição ao vírus. Os sintomas da COVID-19 são os seguintes:

- Sensação de febre ou temperatura acima ou igual a 100,4 °F / 38 °C
- Perda do paladar ou olfato
- Tosse
- Dificuldade de respirar
- Falta de ar
- Fadiga
- Dor de cabeça
- Calafrios
- Dor de garganta
- Congestão ou coriza
- Tremores ou calafrios extremos
- Dores musculares significativas
- Diarreia
- Náusea ou vômito

Esta lista não inclui todos os sintomas possíveis.

Isenção de responsabilidade:

Embora saibamos que serão tomadas precauções, por favor, entendam que nem o administrador do teste nem as Escolas Públicas do Condado de Broward, nem qualquer de seus administradores, oficiais, funcionários ou patrocinadores da organização são responsáveis por qualquer acidente ou lesão que possa ocorrer a seu filho/a ou a você mesmo (se o estudante tiver 18 anos ou mais), como resultado do consentimento para o teste.



A SER PREENCHIDO PELO PAI, MÃE, RESPONSÁVEL OU ESTUDANTE ADULTO

Dados do Pai/Mãe/Responsável

Você receberá os resultados dos testes por telefone celular ou e-mail, ou ambos.

Nome do Pai/Mãe/Responsável:	
Telefone Celular do Pai/Mãe/Responsável: <i>Observação: os resultados serão enviados para este número</i>	
Endereço de E-mail do Pai/Mãe/Responsável:	

Dados da Criança/Estudante

Nome da Criança/Estudante em letra de forma:			
Nº de Identificação do Estudante:			
Telefone do Médico/Provedor de Saúde:			
Endereço:	Cidade:		Estado:
Código Postal:	Condado:		
Escola:		Série	
Data de Nascimento: <i>(MM/DD/AAAA)</i>		Idade:	
Raça/Etnia:	<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hispânica <input type="checkbox"/> Nativa Americana/Indígena <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Desconhecida	Gênero:	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Outro/Desconhecido

CONSENTIMENTO

Ao assinar abaixo, atesto que:

- A. Concordo e autorizo o sistema escolar a realizar coleta e teste de COVID-19 de meu filho/a ou de mim mesmo (se o estudante tiver 18 anos ou mais) por meio de cotonete nasal.
- B. Reconheço que um resultado positivo no teste é uma indicação de que meu filho/a ou eu (se o estudante tiver 18 anos ou mais), deve/devo se/me isolar a fim de evitar infectar outros.
- C. Entendo que o sistema escolar não está atuando como o provedor de serviços médicos de meu filho/a. Este teste não substitui o tratamento pelo médico de meu filho/a, e assumo total e completa responsabilidade de tomar as medidas apropriadas com relação ao resultado do teste de meu filho/a. Concordo em procurar orientação médica, cuidados e tratamento com o médico de meu filho/a, caso eu tenha dúvidas ou preocupações, ou se sua condição piorar.
- D. Entendo que, como em qualquer teste médico, existe a possibilidade de um resultado falso positivo ou falso negativo no teste de COVID-19.
- E. Entendo que este teste pode ser realizado várias vezes durante o ano letivo de 2021-2022 e autorizo o teste de meu filho/a ou de mim mesmo (se o estudante tiver 18 anos ou mais) ao longo do ano letivo de 2021-2022. Entendo que esta autorização pode ser rescindida mediante a apresentação de um aviso de rescisão por escrito e assinado ao sistema escolar.

Eu, abaixo assinado, fui informado/a sobre o propósito, procedimentos, possíveis benefícios e riscos do teste e recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas antes de assinar, e me disseram que posso fazer perguntas adicionais a qualquer momento. Consinto voluntariamente e concordo com este teste de COVID-19.

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável:	Data:	
Assinatura do Estudante: <i>(se tiver 18 anos ou mais ou estiver autorizado/a a consentir)</i>	Data:	