

Formulario de Consentimiento para Participar en Pruebas de Detección de Covid-19 y para Acceso a Expedientes

¿Qué es este formulario?

Estamos solicitando su consentimiento para hacerle la prueba de detección de COVID-19 a su hijo(a). Con el objetivo de mantener a nuestros estudiantes seguros y evitar que pierdan tiempo de instrucción en la escuela, el Distrito Escolar U-46 está colaborando con la Universidad de Illinois para darle pruebas de detección de COVID-19 a estudiantes, maestros y personal que no se han vacunado. Este formulario busca su firma para dar consentimiento a pruebas de detección rutinarias. Su consentimiento a estas pruebas de detección rutinarias puede permitirle a su estudiante permanecer en la escuela, y prevenir que pase períodos prolongados de cuarentena.

¿Con qué frecuencia se le hará la prueba de detección a su hijo(a)?

Estamos planificando que la organización realice la prueba de detección a los estudiantes por lo menos una (1) vez por semana.

¿Cuál es la prueba de detección?

Si usted da su consentimiento, su hijo(a) recibirá una prueba gratuita de detección de COVID-19, la cual se realiza recolectando saliva.

¿Cómo se me informará si mi hijo(a) da positivo?

Una vez que usted dé su consentimiento para que se le dé a su hijo(a) la prueba de detección, usted obtendrá información sobre una plataforma en línea e instrucciones sobre cómo acceder a los resultados de la prueba de su hijo(a). El Distrito Escolar U-46 también recibirá los resultados de la prueba de su hijo(a) y le notificará por separado sobre cualquier resultado positivo.

¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo(a)?

Si el resultado de la prueba de su hijo(a) es positivo, por favor, comuníquese con el doctor de su hijo(a) de inmediato para repasar los resultados de la prueba de su hijo(a) y hablar sobre los siguientes pasos. Una enfermera del Distrito U-46 u otra persona de rastreo de contacto, se comunicará con usted para explicarle cuándo podrá regresar su hijo(a) a la escuela, y recopilar información adicional de cualquier posible contacto cercano. No puede enviar a su hijo(a) de regreso a la escuela, hasta que reciba la autorización de la enfermera de la escuela.

Si el resultado de la prueba de su hijo(a) es negativo, esto significa que no se detectó el virus del COVID-19 en la saliva de su hijo(a). No se necesita ninguna otra acción por parte del estudiante o familia.

En ocasiones, las pruebas producen resultados negativos incorrectos, llamados “negativos falsos” en personas que tienen COVID-19. Si los resultados de la prueba de su hijo(a) son negativos, pero tiene síntomas de COVID-19, o si usted tiene preocupación de que su hijo(a) haya sido expuesto a COVID-19, debe llamar al doctor de su hijo(a).

¿Quién recibirá los resultados de la prueba de mi hijo(a)?

Además de usted recibir los resultados de la prueba de su hijo(a), el Distrito Escolar y el Departamento de Salud Pública de Illinois (“IDPH”) también recibirán los resultados de su hijo(a), de acuerdo con la guía del Departamento de Salud Pública de Illinois y el Código de Control de Enfermedades Transmisibles de Illinois.

Debe ser completado por el Padre/Tutor Legal

<u>Información del Padre/Tutor Legal</u>	
Se requiere completar todas las secciones - por favor escriba claramente	
Escriba el nombre en letra de molde del Padre/Tutor Legal:	
Dirección del Padre/Tutor Legal:	
Ciudad, Estado, Código Postal del Padre/Tutor Legal:	
Teléfono o Número de Teléfono Móvil del Padre/Tutor Legal:	
Correo electrónico del Padre/Tutor Legal:	
Cuál es la mejor manera de comunicarse con usted:	
<u>Información de su Hijo(a)/Estudiante</u>	
Se requiere completar todas las secciones - por favor escriba claramente	
Nombre del Niño(a)/Estudiante en letra de molde:	
Fecha de Nacimiento del Niño(a)/Estudiante:	
Escuela del Niño(a)/Estudiante:	
Dirección del Niño(a)/Estudiante:	
Ciudad, Estado, Código Postal del Niño(a)/Estudiante:	
Raza del Niño(a)/Estudiante:	
Segunda Raza del Niño(a)/Estudiante:	
Grupo Étnico del Niño(a)/Estudiante:	

Al firmar a continuación, confirmo que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy autorizado legalmente para tomar decisiones por el niño(a) mencionado anteriormente.
- Doy mi consentimiento para que se le haga la prueba de detección de COVID-19 a mi hijo(a).
- Entiendo que se le puede hacer la prueba de detección a mi hijo(a) varias veces durante el año escolar 2021-2022, y que las pruebas se realizarán al menos 1 vez por semana.
- Entiendo que este formulario de consentimiento será válido durante el año escolar 2021-22, a menos que yo notifique a la persona encargada del rastreo de contacto de la escuela de mi hijo(a) que yo cancelo mi consentimiento.
- Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo(a) y otra información se puede compartir con otros según lo permita la ley.
- Entiendo que si soy un estudiante de 18 años de edad o mayor, o legalmente puedo dar mi consentimiento para mi propia atención médica, la referencia a “mi hijo(a)” en este formulario se refiere a mí y puedo firmar este formulario en mi propio nombre.

Firma del Padre/Tutor Legal (del niño(a) si es menor de 18 años de edad):		Fecha:
Firma del Estudiante (si tiene 18 años de edad o mayor)		Fecha: