

Formulario de consentimiento para la prueba de COVID-19 de la escuela

Según la Determinación del comisionado sobre las pruebas de COVID-19 en conformidad con 10 NYCRR 2.62 las pruebas regulares de COVID-19 permiten la identificación inmediata de las personas positivas para COVID-19, incluso si no presentan síntomas, a fin de que puedan aislarse y prevenir mayor transmisión. Además, la notificación de los resultados positivos de la prueba de COVID-19 a las autoridades de salud pública facilita el inicio rápido del rastreo de contactos para garantizar que los contactos cercanos se pongan en cuarentena, se hagan la prueba y se aislen según sea necesario. Hay dos tipos de pruebas para COVID-19: la prueba de PCR y la prueba de antígeno (también conocida como prueba rápida). Ambas pruebas requieren que se obtenga un espécimen (muestra) de la persona a la que se le está haciendo la prueba. Luego, se analiza la muestra para determinar si la persona tiene COVID-19. La forma en que se obtiene una muestra depende del tipo de prueba que se realice.

Solo a los estudiantes cuyos padres/tutores hayan proporcionado este formulario de consentimiento firmado a la escuela se les hará la prueba.

La muestra de su hijo la obtendrá:

- Nuestro personal de salud escolar
- Personal de salud de: _____

El siguiente tipo de muestra se obtendrá en la escuela:

- Hisopado bucofaríngeo (garganta) obtenido por personal de salud capacitado; o
- Hisopado nasal (frente/lados de la nariz) obtenido por personal de salud capacitado; o
- Hisopado nasofaríngeo (profundo en la nariz) obtenido por personal de salud capacitado; o
- Una muestra de saliva (escupir) de la boca obtenida por el niño con supervisión.

Una vez que se obtenga una muestra, se realiza la prueba para determinar los resultados. Nuestra escuela estará:

- Obteniendo muestras para enviar a _____ para hacer la prueba de COVID-19.
Nombre del laboratorio/clínica/hospital

- Obteniendo muestras y haciendo la prueba de COVID-19 en la escuela usando la siguiente prueba:

Marca y tipo de prueba

Para ser completado por el padre/madre/tutor

Nombre del estudiante: _____ Fecha nacimiento: _____ Sexo: M F

Dirección: _____ Teléfono: _____ Grado: _____

Doy permiso para que la escuela de mi hijo:

- Obtenga una muestra de mi hijo y haga una prueba de COVID-19.

Entiendo que la escuela me notificará si la prueba de mi hijo es negativa mediante una carta enviada a casa con mi hijo. Si la prueba de mi hijo es positiva para COVID-19, se me notificará por teléfono.

Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo y otra información pueden divulgarse según lo permita la ley.

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Devuelva este formulario firmado a la escuela de su hijo.