

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

La [Iniciativa de Acción de Agrupaciones](#) del Gobernador y del [Departamento de Salud del Estado de Nueva York \(NYSDOH\)](#) requiere que las escuelas que brindan instrucción en persona lleven a cabo porcentajes específicos de pruebas de COVID-19 de los estudiantes en persona, maestros y personal si la escuela está en una zona designada amarilla, naranja o roja, para poder realizar la enseñanza en persona. 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.**