

## Formulario de consentimiento informado para prueba de COVID de JCPS - (Padre/madre/tutor o estudiantes de 18 años y más)

Las Escuelas Públicas del Condado de Jefferson (JCPS) se han asociado con laboratorios y otros proveedores para hacer la prueba de infección de COVID-19 a los estudiantes y miembros del personal.

Si da su consentimiento, usted (si es un estudiante de JCPS de 18 años o más)/su hijo recibirá una prueba gratuita para detectar el virus de COVID-19. Obtener una muestra para la prueba implica usar un hisopo de algodón, parecido a un Q-Tip, colocar dentro de la punta de la nariz o tomar una muestra de saliva de la boca. El personal que haya sido capacitado para usar estas pruebas se encargará de obtener las muestras.

- Los resultados de la prueba se entregarán al padre/madre/tutor o al estudiante de 18 años o más que firme el consentimiento que se incluye a continuación. Los resultados se enviarán por mensaje de texto y/o correo electrónico.
- Los resultados de la prueba se notificarán a los departamentos de salud local y estatal según lo exige la ley durante esta pandemia.
- Este programa es **TOTALMENTE OPCIONAL** para los estudiantes, aunque esperamos que decida hacerse la prueba/que sus hijos se hagan la prueba para mantener a los niños y al personal tan sanos y seguros como sea posible.
- Las pruebas se ofrecen además de los protocolos de seguridad existentes como uso de mascarillas, distanciamiento social, higiene de manos y limpieza.

### ¿Qué debería hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo?

Si usted/su hijo da positivo para el virus, usted o su hijo se trasladarán a una sala lejos de los otros estudiantes y personal hasta que pueda irse a casa, o alguien pueda pasar a recoger a su hijo. Le pedimos que usted/su hijo se quede en casa hasta que haya terminado el periodo de infección (típicamente, después que mejoren los síntomas y al menos 10 días desde la fecha en que aparecieron los síntomas por primera vez) y usted/su hijo ya no sea contagioso. El personal a cargo del seguimiento de contactos le informará de esas fechas. Si su resultado/el de su hijo es negativo, usted/su hijo podrá seguir asistiendo a la escuela sin interrupción. En un número pequeño de casos, las pruebas a veces dan resultados incorrectos y muestran resultados negativos (llamados "falsos negativos") en personas que tienen COVID-19 o dan resultados positivos (llamados "falsos positivos") en personas que no tienen COVID-19.

Si usted/su hijo da negativo pero tiene síntomas de COVID-19, o si tiene preocupaciones sobre su exposición/la de su hijo a la COVID-19, debería llamar a su proveedor de atención de salud/el de su hijo, al departamento de salud o a la línea gratuita del estado sobre la COVID-19 al (800) 722-5725.

### Síntomas conocidos

Las personas con COVID-19 han informado una amplia gama de síntomas que van desde síntomas leves a enfermedad grave. Los síntomas pueden aparecer 2-14 días después de la exposición al virus. Las personas con estos síntomas pueden tener COVID-19:

- Fiebre (superior a 100.4F) o escalofríos
- Tos no controlada nueva
- Falta de aliento o dificultad para respirar nueva
- Fatiga
- Dolor muscular o corporal (no debido a un esfuerzo muscular)
- Dolor de cabeza
- Nueva pérdida del olfato o gusto
- Dolor de garganta
- Congestión o goteo nasal
- Náuseas o vómitos
- Diarrea

Esta lista no incluye todos los posibles síntomas.

## Exención de responsabilidad

Le pedimos que entienda que ni el administrador de la prueba ni JCPS serán responsables de ningún accidente o lesiones que puedan ocurrir como resultado de aceptar someterse a la prueba.

A COMPLETAR POR EL PADRE/MADRE, TUTOR O ESTUDIANTE ADULTO	
Información del padre/madre/tutor	
Nombre del padre/madre/tutor en mayúsculas:	
Núm. de celular/móvil del padre/madre/tutor <i>Atención: Los resultados podrían enviarse a este número de celular</i>	
Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor:	
Marque cómo le gustaría que le notificarán los resultados: Por celular ___ correo electrónico ___ ambos ___	
Información del niño/estudiante	
Nombre del niño/estudiante en mayúsculas:	
Dirección postal:	
Ciudad	
Estado/Código Zip	
Fecha de nacimiento:	
Raza/Origen étnico (haga un círculo sobre una opción)	Hispana/Latina Indígena americano o nativo de Alaska Asiática Negra o afroamericana Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico Blanca Dos o más razas
Género	Masculino    Femenino    Otro
Nombre de la escuela:	
Consentimiento	
Al firmar abajo, confirmo que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorizo a JCPS y a cualquier organización a cargo de las pruebas con la que se haya asociado, a realizar la obtención y análisis para detectar COVID-19 en mi frotis nasal u oral (si el estudiante tienen 18 años o más) o el de mi hijo.</li> <li>• Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi hijo debe o yo debo (si es un estudiante de 18 años o más) hacer auto-aislamiento según lo indicado para evitar infectar a otros.</li> <li>• Entiendo que la organización a cargo de las pruebas y JCPS no están actuando como mi</li> </ul>	

proveedor médico/el de mi hijo, esta prueba no reemplaza el tratamiento por mi proveedor médico/el de mi hijo, y asumo la completa y total responsabilidad de tomar las medidas apropiadas respecto a los resultados de mi prueba/la de mi hijo.

- Acepto buscar asesoría, atención y tratamiento médico de mi proveedor médico/el de mi hijo si tengo preguntas o inquietudes, o si mi estado/el de mi hijo empeora.
- Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de obtener un falso positivo o falso negativo en el resultado de la prueba de COVID-19.
- Entiendo que los resultados de mi prueba/la de mi hijo se compartirán con los departamentos de salud estatal y local, JCPS y cualquier otra entidad gubernamental que exija la ley. Doy mi consentimiento para compartir los resultados de mi prueba/la de mi hijo.
- Si soy un estudiante de 18 años o más, entiendo que JCPS podría compartir mi resultado de la prueba con mis padres, y autorizo a JCPS a revelar el resultado de la prueba a mis padres que aparecen identificados en los expedientes educativos en el archivo de mi escuela.

Yo, el que firma abajo, he sido informado sobre el objetivo, procedimientos, posibles beneficios y riesgos de la prueba, y he recibido una copia de este Consentimiento Informado. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y me han dicho que puedo hacer más preguntas en cualquier momento. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para futuras pruebas si envío un aviso escrito a la escuela. Acepto voluntariamente someterme a esta prueba de COVID-19.

\*Si tiene preguntas sobre el programa de pruebas antes de firmar, puede llamar a los Servicios de Salud al 485-3387

Firma del padre/tutor, o estudiante mayor de 18 años:	
Relación con el estudiante:	
Fecha:	