

## Formulario de consentimiento del Project COVID DeteCT de Quest

Las pruebas que se realizan en las escuelas sin costo para los estudiantes que no están vacunados maximizarán la longevidad del aprendizaje presencial mediante la detección, el rastreo y el aislamiento rápidos de las personas que obtengan resultados positivos en la prueba de detección de la COVID-19. Las pruebas de COVID-19 ayudarán a reducir el riesgo de transmisión y permitirán a los estudiantes tener un acceso más constante a la enseñanza presencial. Este formulario de consentimiento cubrirá la duración del Project COVID DeteCT (Proyecto COVID DeteCT).

### ¿En qué consiste la prueba?

Es una prueba que se realiza con un hisopo nasal anterior (un hisopado no invasivo de la parte inferior de las fosas nasales) y solo se tarda unos segundos en recoger la muestra. Se trata de un método de recogida no invasivo.

### ¿Se compartirá esta información?

Esta información se compartirá únicamente con fines de salud pública, como por ejemplo, la notificación a los contactos estrechos de su hijo si estuvieron expuestos a la COVID-19, así como la adopción de otras medidas para prevenir la propagación de la COVID-19 en la comunidad escolar. Solo se compartirá información sobre su hijo de conformidad con las leyes aplicables y las políticas de la ciudad que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos de su hijo.

Información del estudiante <span style="color: red;">(obligatoria)</span>	
<b>Nombre del estudiante:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
<b>Raza (opcional):</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico	<b>Origen étnico (opcional):</b> <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino
<b>Escuela:</b>	<b>Grado escolar:</b>
Información del padre, de la madre o del tutor: <span style="color: red;">(obligatoria)</span>	
<b>Nombre del padre, de la madre o del tutor (en letra de imprenta):</b>	<b>N.º de teléfono del padre, de la madre o del tutor:</b>
<b>Correo electrónico del padre, de la madre o del tutor:</b>	

## CONSENTIMIENTO

El distrito escolar local de mi hijo, en colaboración con el Department of Public Health (DPH, Departamento de Salud Pública), dispone lo necesario para realizar esta prueba y el DPH paga esta prueba en mi nombre. Por la presente, autorizo a Quest Diagnostics Incorporated y a sus subsidiarias y empresas afiliadas ("Quest Diagnostics") a divulgar mi protected health information (PHI, información de salud protegida), tal como se describe en esta autorización, a Transformative Healthcare, LLC, que proporciona la autoridad de prescripción, el Connecticut Department of Public Health (DPH) y el distrito escolar de mi hijo. Al completar y enviar este formulario, confirmo que soy el padre, la madre, el tutor o la persona legalmente autorizada para dar su consentimiento y:

- Autorizo la recolección y la realización de una prueba semanal de PCR combinada o una prueba molecular de PCR individual para detectar la COVID-19 en mi hijo no vacunado durante el horario escolar, mediante el programa de pruebas de detección del Connecticut Department of Public Health y el Connecticut State Department of Education (Departamento de Educación del Estado de Connecticut).
- Autorizo la recolección y el análisis de cualquier prueba de PCR individual o combinada en mi hijo no vacunado.
- Entiendo que todos los tipos de muestras se obtendrán mediante una prueba que se realiza con un hisopo nasal anterior (un hisopado no invasivo de la parte inferior de las fosas nasales) y que la recolección dura solo unos segundos.
- Independientemente de los resultados de las pruebas, los estudiantes no solo DEBEN cumplir con todas las pautas de seguridad escolar frente a la COVID-19, incluidos el uso de mascarillas y el distanciamiento social, sino también seguir los protocolos de la escuela para el aislamiento y la realización de pruebas en caso de que el estudiante presente síntomas de COVID-19.
- Entiendo que el estudiante debe quedarse en casa si se siente mal. Reconozco que un resultado positivo de la prueba individual es una indicación de que el estudiante debe permanecer en casa, aislarse y continuar usando mascarilla o tapaboca según se indique en un esfuerzo por evitar infectar a otros. Las fechas de aislamiento serán asignadas por el equipo de rastreo de contactos del distrito.
- Entiendo que el sistema escolar no actúa como proveedor de atención médica del estudiante y que esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor de atención médica del estudiante. Asumo la completa y total responsabilidad de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de la prueba del estudiante. Acepto acudir al proveedor de atención médica del estudiante a fin de obtener asesoramiento, cuidados y tratamientos médicos en caso de tener preguntas o preocupaciones, o si su afección empeora. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier servicio de atención médica que el estudiante reciba por parte de su proveedor.
- Como firmante de este documento, también doy mi consentimiento para recibir los resultados del hisopado semanal por parte de Transformative Healthcare, LLC, por correo electrónico, mensaje de texto y, si es necesario, llamada de voz automatizada.
- Entiendo que autorizar estas pruebas de COVID-19 para el estudiante no vacunado es opcional y que puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, el estudiante no se realizará las pruebas.
- Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar esta autorización en cualquier momento, pero que dicha cancelación es solo prospectiva y no afectará la información que ya permití que se divulgue.

Firma del tutor (**obligatoria**):

Fecha: