

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE COVID-19 EN ESTUDIANTES

El WFISD toma muy en serio la salud y seguridad de nuestros alumnos y sus familias. Por lo tanto, además de las medidas de detección del virus para prevenir su propagación en el campus, incorporamos un programa de pruebas voluntario para detectar COVID-19 en estudiantes desde kínder hasta el 12 ° grado. Este programa utiliza los test llamados BinaxNOW del laboratorio Abbott proporcionados por el gobierno federal. Solo haremos la prueba con su consentimiento y solamente si el alumno coopera. Si está dispuesto a dar su consentimiento a que se realice esta prueba en usted o en su hijo, con o sin su presencia, (si el estudiante tiene 18 años o más), complete este formulario.

¿De qué se trata esta prueba?

Si su hijo es sintomático o pertenece a un grupo designado para la prueba, luego de su consentimiento, recibirá un test rápido BinaxNOW para la detección del virus COVID-19. Para recolectar una muestra y analizarla, se utiliza un hisopo, similar a un Q-Tip, colocado dentro de la cavidad nasal. Un miembro del equipo escolar que ha sido capacitado para usar este test obtendrá la muestra y un administrador capacitado en la prueba para detectar COVID-19 supervisará el procedimiento. Se informará el resultado de la prueba al padre, madre o tutor legal que firme este formulario. Los resultados se enviarán por mensaje de texto y correo electrónico durante las 24 horas posteriores a la realización de la prueba. Este programa es **completamente opcional** para los estudiantes, pero deseamos que elijan realizar la prueba para que los estudiantes de nuestra escuela estén lo más sanos y seguros posible. Estas pruebas complementan los protocolos de seguridad existentes como el uso de cubrebocas, la distancia social y la desinfección frecuente de las superficies.

¿Qué debería hacer cuando recibo el resultado de la prueba de mi hijo?

Si su hijo o usted (si el estudiante tiene 18 años o más) da positivo para el virus, su hijo debe ubicarse en un salón lejos de otros estudiantes y del equipo escolar hasta que puedan retirarlo de la escuela. Solicitamos que su hijo permanezca aislado en su hogar hasta que termine el periodo de infección (generalmente luego de que los síntomas mejoren y al menos 10 días después del día en que aparecieron los primeros síntomas) y ya no pueda contagiar. Si el resultado de la prueba de su hijo es negativo, significa que no se encontró el virus en la muestra y su hijo puede seguir asistiendo a la escuela normalmente. En pocos casos, las pruebas arrojan resultados incorrectos y revelan resultados negativos (llamados “falsos negativos”) cuando las personas tienen COVID-19 o revelan resultados positivos (llamados “falsos positivos”) cuando las personas no tienen COVID-19. Si su hijo dio negativo en la prueba, pero tiene síntomas relacionados a la COVID-19 o si tiene inquietudes respecto a la exposición de su hijo al COVID-19, debería comunicarse con el médico de su hijo, una autoridad médica con licencia o el departamento local de salud.

Síntomas conocidos:

Las personas que tienen COVID-19 han experimentado una gran variedad de síntomas, desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer **entre 2 y 14 días después de estar expuesto al virus**. Las personas que sientan estos síntomas pueden tener COVID-19:

- Fiebre o temperatura mayor o igual a 100.0 °F.
- Pérdida de gusto u olfato.
- Tos.
- Dificultad para respirar.
- Falta de aire.
- Fatiga.
- Dolor de cabeza.
- Escalofríos.
- Dolor de garganta.
- Congestión o escurrimiento nasal.
- Temblores desmedidos.
- Dolor muscular significativo.
- Diarrea.
- Náuseas o vómitos.

En esta lista no se incluyen todos los síntomas posibles.

Descargo de responsabilidad:

Tenemos en cuenta que se deben tomar ciertas precauciones para la seguridad de los estudiantes; sin embargo, entienda que ni el administrador de la prueba ni el WFISD, ni cualquiera de sus administradores, oficiales, empleados o

patrocinadores de la organización, son responsables de cualquier accidente o lesión que usted (si es un estudiante de 18 años o más) o su hijo pueda tener como resultado del consentimiento para realizar la prueba.

PARA QUE COMPLETE EL PADRE, MADRE TUTOR LEGAL O ESTUDIANTE ADULTO

Información sobre el padre, madre o tutor legal

Recibirá los resultados de la prueba por teléfono celular o correo electrónico o ambos.

| | | | |
|--|--|------------------------|--|
| Padre, madre o tutor legal | | | |
| Nombre y apellido (en letra de imprenta): | | | |
| Número del teléfono celular del padre, madre o tutor legal: | | | |
| <small>Nota: los resultados se enviarán a este número de teléfono celular.</small> | | | |
| Padre, madre o tutor legal | | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | |
| Información sobre el niño o estudiante: | | | |
| Nombre y apellido del niño o estudiante (en letra de imprenta): | | | |
| Número de identificación de la escuela: | | | |
| Número de licencia de conducir: <small>(si aplica)</small> | | | |
| Dirección postal: | Ciudad: | Estado: | |
| Código postal: | Distrito: | | |
| Escuela: | | Nivel de grado: | |
| Fecha de nacimiento: <small>(MM/DD/AAAA)</small> | | Edad: | |
| Raza o etnia: | <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo americano o Indígena <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sabe | Género: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro o no sabe |

CONSENTIMIENTO

Si firmo a continuación certifico lo siguiente:

- A. Autorizo al sistema escolar a llevar a cabo la recolección y prueba en mi hijo o en mí (si el estudiante tiene 18 años o más) para detectar COVID-19 mediante un hisopado nasal.
- B. Entiendo que, ante un resultado positivo de la prueba, mi hijo o yo (si el estudiante tiene 18 años o más) debe aislarse y seguir usando el cubreboca o mascarilla como se ordena para intentar evitar contagiar a otros.
- C. Entiendo que, el sistema escolar no actúa como proveedor médico de mi hijo, que esta prueba no reemplaza el tratamiento indicado por el proveedor médico de mi hijo y asumo la responsabilidad total de tomar las medidas apropiadas respecto a los resultados de la prueba de mi hijo. Acepto que, le solicitaré al proveedor médico de mi hijo consejo, cuidado y tratamiento médicos si tengo alguna pregunta o duda o si las condiciones empeoran.
- D. Entiendo que, como ante cualquier otra prueba médica, existe la posibilidad de obtener un resultado falso positivo o falso negativo en la prueba de COVID-19.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito, los procedimientos y los posibles beneficios y riesgos de esta prueba y he recibido una copia de este consentimiento informado. He tenido la oportunidad de preguntar antes de firmar y me han dado la posibilidad de hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente someterme a esta prueba para detectar la COVID-19.

| | | | |
|---|--|---------------|--|
| Firma del padre, madre o tutor legal: | | Fecha: | |
| Firma del estudiante: <small>(si tiene 18 años o más o si tiene autorización para firmar este consentimiento)</small> | | Fecha: | |