

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ALUMNO PARA PRUEBA OPCIONAL DE COVID-19

LSUHSC School Based Health Clinic at **New Orleans Charter Science and Math** se toma muy en serio la salud y seguridad de nuestros alumnos y sus familias. Como tal, encima de los pasos tomados para chequear por el virus y prevenir su difusión por el campus, estamos agregando un programa voluntario de pruebas para COVID-19 para alumnos entre K-12. Este programa usa las pruebas BinaxNOW de Laboratorios Abbott. Solo administraremos la prueba con su consentimiento. Si está dispuesto a dar su consentimiento para la administración de la prueba a su hijo o a usted mismo (si tiene 18 años de edad o más), por favor llene este formulario.

### ¿En qué consiste la prueba?

Si su hijo tiene síntomas de COVID-19, y si usted da su consentimiento, su hijo recibirá una prueba rápida gratis para el coronavirus de BinaxNOW. Cultivar una muestra para una prueba requiere el uso de un hisopo pasado por el interior de la fosa nasal. Un miembro del personal escolar quien es también un profesional médico y ha sido capacitado para usar esta prueba cultivará la muestra, y un administrador de pruebas de COVID-19 entrenado supervisará el proceso. Los resultados de la prueba estarán disponibles para cualquier padre de familia/tutor que firme el siguiente formulario. Los resultados serán compartidos el mismo día de la prueba. Este programa es **totalmente opcional** para los alumnos, aunque esperamos que elijan hacerse la prueba para mantener lo más seguro y sano posible a nuestras escuelas. Estas pruebas son ofrecidas más allá de los protocolos existentes de seguridad como el uso de mascarillas, el distanciamiento social, y la desinfección frecuente de superficies.

### ¿Qué debo hacer al recibir los resultados de la prueba de mi hijo?

Si su hijo o usted mismo (si es que tiene más de 18 años de edad) obtiene un resultado positivo para el virus, su hijo será movido a un aula alejado de otros alumnos y miembros del personal hasta que alguien lo pueda pasar a buscar. Les pedimos que mantengan en casa a su hijo hasta que haya concluido el período de contagio de la infección (típicamente, después de que hayan mejorado los síntomas y al menos 10 días de la fecha que surgieron los síntomas por primera vez) y su hijo ya no siga siendo contagioso. Si los resultados de la prueba de su hijo son negativos, significa que el virus no fue detectado en la muestra sacada, y su hijo puede volver a la escuela después de estar sin síntomas por 24 horas. Si su hijo obtiene un resultado negativo, pero demuestra síntomas de COVID-19, o si tiene preocupaciones de que haya sido expuesto a COVID-19, debe llamar al médico de su hijo, una autoridad médica licenciada, o su departamento de salud local.

En una pequeña cantidad de casos, las pruebas a veces producen resultados incorrectos – demostrando resultados negativos (llamados “negativos falsos”) en aquellas personas que tienen COVID-19 o dando resultados positivos (llamados “positivos falsos”) en personas que no tienen COVID-19.

### Síntomas Conocidos:

La gente que contrae COVID-19 han reportado una gran variedad de síntomas – desde síntomas leves a enfermedad grave. Los síntomas pueden aparecer entre **2-14 días después de haber estado expuesto al virus**. Las personas que experimentan estos síntomas podrían tener COVID-19:

- Sentirse febril o tener una temperatura medida de 100.0 grados Fahrenheit o más
- Pérdida de gusto u olfato
- Tos
- Dificultad respirando
- Falta de aire
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Escalofríos
- Dolor de garganta
- Congestión nasal o goteo
- Exageradamente tembloroso
- Dolor muscular significativo
- Diarrea
- Náusea o vómitos

Esta lista no incluye todos los posibles síntomas.

**Seguridad:**

Seguimos estrictas pautas de seguridad al sacar las muestras para los análisis. Requerimos que todos aquellos que se presenten para una prueba lleven una mascarilla que les cubra la nariz y la boca. Nuestro personal llevará puesto equipo de protección personal con mascarillas, guantes y batas.

**Notificación de Divulgación de Información Protegida por el Acta de Derechos Educativos Familiares y Privacidad:**

Según el Acta de Derechos Educativos Familiares y Privacidad (FERPA) (20 U.S.C. §1232g; 34 C.F.R. parte 99), se requiere el consentimiento por escrito de un padre de familia o un alumno elegible antes de que los expedientes académicos de un alumno, o la información contenida en ellos que lo identifique como individuo, puedan ser divulgados a una tercera parte, al menos que aplique una excepción a este requisito general de consentimiento escrito. Si un alumno tiene 18 años de edad o más, o está matriculado en una institución de educación terciaria, es un “alumno elegible” y debe proporcionar consentimiento por escrito para la divulgación de sus expedientes académicos o cualquier información contenida en ellos que lo identifique como individuo.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted está permitiendo que alguna información sea compartida con la escuela en la que está matriculado, el Departamento de Salud de Luisiana, y la Universidad Estatal de Luisiana llevando a cabo sus negocios bajo el nombre de Centro de Ciencias de Salud LSU - Nueva Orleans. Esta información será compartida únicamente para propósitos de salud pública y análisis de datos, lo cual podría incluir notificar a sus contactos cercanos si usted ha sido expuesto a COVID-19, y tomar otros pasos para prevenir el contagio seguido de COVID-19 dentro de su comunidad escolar. La información que puede ser compartida con estas agencias y con los proveedores de servicios que le hacen la prueba de COVID-19 incluye los resultados de su prueba de COVID-19, su fecha de nacimiento/edad, género, raza/etnicidad, nombre de su escuela, datos, y aula/cohorte/séquito. La divulgación de su información **solo** se hará de acuerdo a las leyes y políticas aplicables protegiendo la privacidad y seguridad de sus datos personales.

Usted puede retirar su consentimiento de compartir esta información en cualquier momento. Esta solicitud para retirar su consentimiento debe ser firmada y entregada por escrito.

**Descargo de Responsabilidad:**

Aunque percatemos que se tomarán precauciones por la seguridad y el bienestar de los alumnos, por favor entienda que ni el administrador de la prueba ni LSUHSC School Based Health Clinic at **New Orleans Charter Science and Math**, ni sus fideicomisarios, oficiales, empleados, o patrocinadores son responsables por cualquier accidente o lesión que podría ocurrirle a usted (si tiene 18 años de edad o más) o a su hijo como resultado de esta prueba.

**COMPLETADO POR UN PADRE DE FAMILIA, TUTOR, O ALUMNO ADULTO**

**Información del Padre/Tutor**

*Le dejarán saber los resultados de la prueba por teléfono celular o email, o ambos.*

**Escriba Nombre y Apellido del Padre/Tutor:**

**Teléfono Celular del Padre/Tutor:**

*Los resultados serán mandados por texto a este número*

**Correo electrónico del Padre/Tutor:**

**Información del Menor/Alumno**

**Escriba el Nombre y Apellido del Menor/Alumno:**

**Número de Identificación en la escuela:**

*(si aplica)*

**Número de Licencia de Conducir:**

<i>(si aplica)</i>			
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>
<b>Código Postal:</b>		<b>Condado:</b>	
<b>Escuela:</b>		<b>Grado:</b>	
<b>Fecha de Nacimiento:</b> <i>(MM/DD/AAAA)</i>		<b>Edad:</b>	
<b>Raza/Etnicidad:</b>	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Moreno <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido	<b>Género:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido

### CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, doy fe de:

- A. Autorizo al sistema escolar a sacar una muestra y hacer una prueba para COVID-19 de mi hijo o de mí (si tiene 18 años de edad o más) usando un hisopo nasal.
- B. Reconozco que un resultado positivo es una indicación que mi hijo o yo mismo (si tiene 18 años de edad o más), debe aislarse y también seguir usando una mascarilla para evitar infectar a otros.
- C. Entiendo que el sistema escolar no está actuando como proveedor médico para mi hijo, que esta prueba no reemplaza tratamiento a manos del médico de mi hijo, y acepto responsabilidad completa de hacer lo necesario y apropiado en cuanto a los resultados de la prueba de mi hijo. Buscaré consejo médico, cuidado y tratamiento del médico de mi hijo si tengo preguntas o dudas, o si empeora su condición.
- D. Entiendo que, tal como es el caso con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de tener un resultado falso, sea positivo o negativo en este análisis para COVID-19.

Yo, el abajofirmante, he sido informado del propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Consentimiento Informado. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y me han informado que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acuerdo voluntariamente a esta prueba para COVID-19.

<b>Firma del Padre/Tutor:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Firma del Alumno:</b> <i>(si tiene 18 años de edad o más o está autorizado de otra manera a dar consentimiento)</i>		<b>Fecha:</b>	