

Formulario de Consentimiento de las Pruebas Postexposición para los Estudiantes

Estimados padres y tutores:

La educación y el aprendizaje en persona son fundamentales para el bienestar y el éxito académico de los estudiantes. Las pruebas en las escuelas siguen siendo una herramienta eficaz para prevenir la propagación de la COVID-19 en el marco de una estrategia más amplia de mitigación de COVID-19.

De acuerdo con las Guías del Departamento de Salud Pública de California, la escuela de su estudiante realizará pruebas postexposición a todos los estudiantes que se sospeche que han estado expuestos a COVID-19 durante el año escolar 2021-22.

- **¿Quién será probado?** Estudiantes y personal que han estado en contacto cercano con alguien con COVID-19.
- **¿Cómo se realizarán las pruebas?** La prueba de COVID-19 se realizará mediante un hisopo nasal o una prueba de saliva (si está disponible).
 - [Para las pruebas nasales] Pasar suavemente un hisopo por la parte interna de la fosa nasal inferior. Esta prueba no es dolorosa.
 - [Para las pruebas salivales] Una muestra de saliva.
- **¿Dónde y cuándo se realizan las pruebas?** Las pruebas se llevarán a cabo en el campus durante dos días en un periodo de 10 días. Los resultados estarán disponibles en un plazo de 24 a 48 horas, pero a veces pueden tardar hasta 72 horas en momentos de gran volumen de pruebas.
- **¿Cómo recibirá los resultados?** En la cita de su estudiante, usted recibirá un correo electrónico de nuestro portal EHR para establecer su cuenta. Una vez que los resultados estén disponibles usted recibirá otro correo electrónico declarando que los resultados están listos. Usted recibirá una llamada y/o correo electrónico si la prueba resulte POSITIVO. En caso de que la prueba de su hijo resulte **POSITIVA**, recibirá una llamada telefónica del personal de Walker Medical Wellness, con el número de identificación 805-364-4412, para comprobar el estado de su estudiante e iniciar los protocolos de rastreo de contactos y aconsejarle sobre cómo avanzar con los protocolos de cuarentena y aislamiento.
- **¿Cómo puedo estar seguro de que la información de mi hijo estará protegida?** El intercambio de información sobre su hijo solo se hará con fines de salud pública y de acuerdo con la legislación aplicable y las políticas de protección de la privacidad de los estudiantes y la seguridad de sus datos.
- **Esta carta solicita su permiso para que podamos:** Someter a su hijo a una prueba si muestra síntomas compatibles con la COVID-19 o si ha estado en contacto estrecho con una persona con COVID-19 en la escuela.

Rellene el siguiente formulario de consentimiento y devuélvalo a la escuela de su alumno lo antes posible.

Guarde esta página para su información.

A RELLENAR POR LOS PADRES, TUTORES O ESTUDIANTES ADULTOS

Información para los Padres/Tutores

NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

La ley permite que cierta información sobre su hijo se comparta con y entre ciertas agencias del Estado de California y sus proveedores de servicios contratados por el Estado, incluidos los que se enumeran a continuación. Esta información se compartirá únicamente con fines de salud pública, que pueden incluir la notificación a los contactos cercanos de su hijo si han estado expuestos a la COVID-19 y la adopción de otras medidas para prevenir una mayor propagación de la COVID-19 en su comunidad escolar. **Solo** se compartirá la información sobre su hijo de acuerdo con la ley aplicable y las políticas que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos de su hijo.

INFORMACIÓN DE TUTORES

Nombre Completo del Padre/Tutor:	
Teléfono del Padre/Tutor: <i>Nota: Número de contacto para resultados positivos</i>	
Dirección de Correo Electrónico del Padre/Tutor:	

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre Completo del Estudiante y FDN:	
Nombre del Distrito y Nombre de la Escuela:	
Nombre del Maestro/a:	

CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, doy fe de que:

- A. Autorizo a Walker Medical Wellness en conjunto con el distrito escolar para llevar a cabo la recopilación y las pruebas de mi hijo o más (si el estudiante tiene 18 años o más) para COVID-19 por medio de un hisopo nasal o pruebas de saliva (si están disponibles). Por la presente autorizo a Walker Medical Wellness a divulgar toda la información médica asociada con esta prueba al distrito escolar de mi estudiante y a todas las partes aplicables para fines relacionados con COVID-19 según las directrices del CDPH.
- B. Entiendo que mi estudiante se puede someter a pruebas en múltiples ocasiones a lo largo del año escolar y que este formulario de consentimiento será válido hasta el final del año escolar 21-22, a menos que notifique por escrito a la persona de contacto designada de la escuela de mi hijo que revoco mi consentimiento.
- C. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es indicativo de que mi estudiante o yo (si el estudiante tiene 18 años o más), debemos autoaislarnos y también continuar siguiendo las directrices del CDC para el aislamiento y la cuarentena según lo indicado en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- D. Entiendo que Walker Medical Wellness no está actuando como proveedor médico de mi estudiante, esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor médico de mi estudiante. Si mi estudiante desarrolla síntomas o necesita atención médica, me pondré en contacto con el proveedor de mi estudiante o iré a la sala de emergencias más cercana.
- E. Por el presente renuncio a cualquier reclamo que pueda tener contra Walker Medical Wellness, el distrito y su junta directiva, sus funcionarios, agentes, empleados, voluntarios y representantes de cualquier responsabilidad o reclamo, ya sea conocido o desconocido, que surja o esté relacionado o conexo de cualquier manera con la administración de la prueba de COVID-19.
- F. Confirmando que mi estudiante no tiene ninguna enfermedad conocida que pueda suponer un riesgo para la salud y la seguridad del estudiante en relación con las pruebas objeto de este acuerdo.

Yo, el abajo firmante, entiendo los riesgos conocidos y los beneficios potenciales de recibir la prueba de la COVID-19, y entiendo que puede haber riesgos en la prueba de la COVID-19 que no se conocen en este momento. No obstante, solicito y doy mi consentimiento para que se realice la prueba de la COVID-19 al estudiante. Reconozco que la recepción de esta prueba es voluntaria por mi parte y se me proporciona sin costo alguno. Estoy de acuerdo en eximir al distrito, y a sus agentes, de cualquier daño o pérdida que resulte de que mi estudiante reciba la prueba de la COVID-19.

Firma del Padre/Tutor:		Fecha:	
Firma del Estudiante: <i>(si tiene 18 años o más o está autorizado a dar su consentimiento)</i>		Fecha:	