

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO A LAS PRUEBAS COVID-19

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Escuela/Día: _____ Última fecha de asistencia en persona: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Número de teléfono del padre/tutor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Al firmar a continuación, atestiguo que

1. Autorizo a las Escuelas del Condado de Cabarrus a llevar a cabo la recolección y prueba de mí o de mi hijo (si es menor de 18 años de edad) para COVID-19 por hisopo nasal.
2. Autorizo la divulgación de los resultados de mis pruebas al departamento local de salud pública.
3. Yo (o mi hijo) acepto autoaislamiento, usar una mascarilla facial y seguir las pautas locales de salud pública si yo (o mi hijo) doy positivo para COVID-19 para evitar infectar a otros.
4. Me permite que las Escuelas del Condado de Cabarrus no actúen como mi proveedor médico (o el de mi hijo), y las pruebas no reemplazan el tratamiento por un proveedor médico. Asumo la responsabilidad completa y plena de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de mis pruebas. Acepto buscar consejo médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas o inquietudes, o si mi condición empeora.
5. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo COVID-19.
6. Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y los riesgos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y me han dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba para COVID-19.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Relación con el estudiante: _____

INFORMACIÓN SOLO PARA USO CLÍNICO Y DE OFICINA

Resultado de la prueba	Lectura de fecha y hora	Firma de la enfermera realizando la prueba
Fecha de inicio de los síntomas	Última exposición conocida a la persona POSITIVA COVID-19	Fecha más temprana de regreso a la escuela/trabajo

He recibido los resultados de las pruebas de mi/hijo, instrucciones para (círculo que aplican) aislamiento / cuarentena / referencia al proveedor de atención médica y entender que la fecha más temprana de regreso a la escuela / trabajo es _____ (fecha) _____ (paciente / iniciales de los padres)