

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA QUE ESTUDIANTES RECIBAN EL EXAMEN DE COVID-19

El Distrito Escolar Independiente de Midland toma muy en serio la salud y la seguridad de nuestros estudiantes y sus familias. Además de los pasos para detectar el virus y prevenir su propagación en las escuelas, estamos agregando un programa voluntario para aplicar el examen de COVID-19 a estudiantes de Kínder a 12º grado. Este programa utiliza [el examen BinaxNOW de los Laboratorios Abbott](#) proporcionado por el gobierno federal. **Sólo aplicaremos el examen con su consentimiento.** Si está de acuerdo en que le apliquemos el examen a su hijo(a), por favor llene y regrese este formulario. Los estudiantes de 18 años de edad o mayores pueden firmar sus propios formatos de consentimiento.

### ¿En qué consiste el examen?

Si su hijo(a) presenta síntomas de COVID-19 en la escuela y usted da su consentimiento, recibirá el examen gratuito de BinaxNOW para detectar el virus COVID-19. La toma de la muestra para el examen consiste en el uso de un hisopo, similar a un Q-Tip, que se introduce dentro de la punta de la nariz. Las enfermeras de la escuela aplicarán el examen y los estudiantes de 5º grado en adelante pueden tomar su propia muestra. Los resultados del examen estarán disponibles para padres y tutores que firmen el formato a continuación. Los resultados serán enviados dentro de 24 horas del examen por mensaje de texto y correo electrónico. Este programa es **totalmente opcional** para los estudiantes, aunque esperamos que decidan aplicar el examen para mantener nuestras escuelas lo más saludables y seguras posible. El examen se ofrece además de los protocolos de seguridad existentes como el uso de cubrebocas y micas protectoras, el distanciamiento social y la desinfección frecuente de las superficies.

### ¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados del examen de mi hijo(a)?

#### **SI EL RESULTADO DEL EXAMEN DE SU HIJO(A) ES POSITIVO:**

*Su hijo(a) se quedará en un salón aislado de los demás estudiantes y del personal hasta que usted pueda recogerlo(a). Si su estudiante de 18 años o más conduce y se siente lo suficientemente bien como para conducir por sí mismo hasta su casa, puede hacerlo.*

- Llame a su médico e infórmele que su hijo(a) resultó positivo y siga las instrucciones.
- Siga [las instrucciones del CDC sobre el aislamiento](#). **Su hijo(a) debe quedarse en casa hasta que el período de infección haya terminado y ya no sea portador del virus.** Su hijo puede tener contacto con otras personas cuando haya cumplido con lo siguiente:
  - 10 días desde que los síntomas aparecieron por primera vez Y
  - 24 horas sin fiebre sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre Y
  - Los otros síntomas de COVID-19 hayan mejorado (excepto la pérdida del gusto y el olfato) \*

*\*La pérdida del gusto y del olfato puede persistir durante semanas o meses después de la recuperación. Esto no impide que el aislamiento termine*

#### **SI EL RESULTADO DEL EXAMEN DE SU HIJO(A) ES NEGATIVO:**

Es posible que su hijo pueda quedarse en la escuela, dependiendo de sus síntomas. Si los resultados del examen de su hijo son negativos, pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa que haya sido expuesto a COVID-19, debe llamar al médico de su hijo o a al 68Nurse. Es posible que el resultado del examen sea negativo, aun cuando alguna persona tiene COVID-19.

### Síntomas conocidos:

Las personas con COVID-19 han reportado una amplia gama de síntomas, que varían desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de **2 a 14 días después de haber sido expuesto al virus**. Las personas que presenten los siguientes síntomas pueden tener COVID-19:

- Tener fiebre o una temperatura superior o igual a 100.0 grados Fahrenheit
- Pérdida del gusto u olfato
- Temblores o escalofríos exagerados
- Falta de respiración
- Dolor de garganta
- Dificultad para respirar
- Diarrea
- Congestión o secreción nasal
- Dolor muscular significativo
- Dolor de cabeza
- Tos
- Fatiga

La lista anterior no incluye todos los síntomas posibles.

### Aviso:

Aunque tomaremos todas las precauciones posibles para la seguridad de todos los estudiantes, es importante tomar en cuenta que ninguna de las personas que aplica el examen, ni el Distrito Escolar de Midland, ni ninguno de sus administradores, oficiales, empleados o patrocinadores de la institución, son responsables de ningún accidente o lesión que puedan ocurrirle a su hijo(a) o a estudiantes mayores de 18 años de edad, como resultado de haber aceptado el examen.

**PARA SER LLENADO POR PADRES, TUTORES O ESTUDIANTES ADULTOS****Información del padre de familia o tutor***Se le notificarán los resultados del examen por teléfono celular o correo electrónico, o ambos.*

<b>Nombre y apellido del padre o tutor:</b> (en letra imprenta)	
<b>Número de teléfono celular del padre o tutor:</b> <i>Nota: se enviarán los resultados por mensaje de texto a este número celular</i>	
<b>Correo electrónico del padre o tutor:</b>	

**Información del estudiante**

<b>Nombre del estudiante:</b> (en letra imprenta)				
<b>Número de identificación de la escuela:</b>				
<b>Número de licencia de conducir:</b> (si es aplicable)				
<b>Domicilio:</b>		<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>
<b>Código postal:</b>		<b>Condado:</b>		
<b>Escuela:</b>			<b>Grado escolar:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b> (MM/DD/YYYY)			<b>Edad:</b>	
<b>Raza/Etnicidad:</b>	Asian Black	Hispanic White	Native American/Indigenous Unknown	<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro o desconocido
<b>Escuela:</b>				

**CONSENTIMIENTO**

Con mi firma a continuación, certifico que:

- Autorizo al sistema escolar a aplicar el examen y tomar una muestra mediante un hisopo nasal de mi hijo(a) para detectar COVID-19.
- Entiendo que, si el resultado del examen es positivo, mi hijo(a) o yo (si el estudiante tiene 18 años o más) debe aislarse en casa y puede regresar cuando sea seguro (vea los criterios de los CDC). También entiendo que mi hijo(a) debe seguir usando una máscara o cubrebocas como se ordena en un esfuerzo para evitar infectar a otros.
- Entiendo que el sistema escolar no está actuando como proveedor médico de mi hijo(a), este examen no reemplaza el tratamiento del médico de mi hijo(a) y asumo la completa y total responsabilidad de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados del examen de mi hijo(a). Acepto que buscaré atención y tratamiento médico del médico de mi hijo(a) si tengo preguntas o dudas o si su condición empeora.
- Entiendo que, como con cualquier examen médico, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo del examen de COVID-19 y se me ha indicado que debo hacer un seguimiento con el médico de mi hijo(a).

Yo, la persona que firma, he sido informado sobre el propósito del examen, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Formato de Consentimiento para el examen de COVID-19 del estudiante. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente el examen de COVID-19.

<b>Firma del padre o tutor:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Firma del estudiante:</b> (si tiene 18 o más años de edad)		<b>Fecha:</b>	