

**DISTRITO ESCOLAR DE SOUTH TEXAS**  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA PRUEBAS OPCIONALES COVID-19**

El Distrito Escolar Independiente del Sur de Texas se toma muy en serio la salud y la seguridad de nuestros estudiantes y sus familias. Como tal, además de los pasos para detectar el virus y prevenir su propagación en un campus, estamos agregando un programa voluntario de pruebas K-12 COVID-19 para estudiantes. Este programa utiliza las pruebas BinaxNOW de Abbott Laboratories proporcionadas por el gobierno federal. Solo probaremos y con su consentimiento. Si está dispuesto a darnos su consentimiento para que le administremos esta prueba a su hijo, complete este formulario.

**¿Qué es la prueba?**

Si su hijo tiene síntomas o forma parte de un grupo designado para la prueba, si usted da su consentimiento, su hijo recibirá una prueba rápida BinaxNOW gratuita para el virus COVID-19. La recolección de una muestra para la prueba implica el uso de un hisopo, similar a un hisopo, colocado dentro de la nariz. Un miembro del personal de la escuela que haya sido capacitado para usar esta prueba recolectará la muestra y un administrador de la prueba COVID-19 capacitado supervisará el proceso. Los resultados de las pruebas estarán disponibles para el padre / tutor que firme este formulario a continuación. Los resultados se enviarán por mensaje de texto y correo electrónico dentro de las 24 horas posteriores a la prueba. Este programa es completamente opcional para los estudiantes, aunque esperamos que elija hacerse el examen para mantener nuestras escuelas lo más saludables y seguras posible. Las pruebas se ofrecen además de los protocolos de seguridad existentes, como el uso de máscaras, el distanciamiento social y la desinfección frecuente de superficies.

**¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo?**

Si su hijo o usted (si es un estudiante de 18 años o mayor) dan positivo por el virus, su hijo será trasladado a un salón lejos de otros estudiantes y del personal hasta que pueda recogerlo. Le pedimos que mantenga a su hijo en casa hasta que haya terminado el período de infección (normalmente, después de que los síntomas mejoren y al menos 10 días desde la fecha en que aparezcan los primeros síntomas) y su hijo ya no sea contagioso. Si los resultados de la prueba de su hijo son negativos, el virus no se encontró en la muestra analizada y su hijo puede continuar asistiendo a la escuela sin interrupción. En una pequeña cantidad de casos, las pruebas a veces producen resultados incorrectos, mostrando resultados negativos (llamados "falsos negativos") en personas que tienen COVID-19 o mostrando resultados positivos (llamados "falsos positivos") en personas que no tienen COVID-19. Si el resultado de su hijo es negativo pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa la exposición de su hijo al COVID-19, debe llamar al médico de su hijo, a una autoridad médica autorizada o al departamento de salud local.

**Síntomas conocidos:**

Las personas con COVID-19 han reportado una amplia gama de síntomas, que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Las personas con estos síntomas pueden tener COVID-19:

- Sensación de fiebre o una temperatura medida mayor o igual a 100.0 grados Fahrenheit
- Pérdida del gusto o el olfato
- Tos
- Respiración dificultosa
- Dificultad para respirar
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Escalofríos
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal
- Temblores o escalofríos exagerados
- Dolor o dolor muscular significativo
- Diarrea
- Náuseas o vómitos

Esta lista no incluye todos los síntomas posibles.

**Descargo de responsabilidad:**

Si bien sabemos que se tomarán precauciones para la seguridad de los estudiantes, por favor comprenda que ni el administrador de la prueba ni el Distrito Escolar Independiente del Sur de Texas, ni ninguno de sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de cualquier accidente o lesión que pueda sufrir su hijo o usted mismo (si es un estudiante de 18 años o mayor), como resultado de haber aceptado la prueba.

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE ADULTO****Información del padre / tutor**

*Se le notificará con los resultados de la prueba ya sea por teléfono celular o correo electrónico, o ambos.*

<b>Padre/Tutor</b> <b>Nombre en letra de imprenta:</b>			
<b>Número de celular del padre/ tutor:</b> <i>Nota: los resultados se enviarán por mensaje de texto a esta celda #</i>			
<b>Tutor</b> <b>Dirección de correo electrónico:</b>			
<b>Información del niño / estudiante</b>			
<b>Información del niño / estudiante</b>			
<b>Identificación escolar #:</b>			
<b>Licencia de conducir #: (si es aplicable)</b>			
<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 cumpleaños: (DD / MM / AAAA)</b>	<b>Edad:</b>		
<b>Raza / Origen étnico:</b>	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Indígena <input type="checkbox"/> Negro <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 que:

- Autorizo al sistema escolar a realizar la recolección y la prueba de mi hijo o de mí (si es un estudiante de 18 años o mayor) para detectar COVID-19 mediante un hisopo nasal.
- Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi hijo o yo (si es un estudiante de 18 años o más), debemos aislarnos por nosotros mismos y también seguir usando una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- Entiendo que el sistema escolar no actúa como el proveedor médico de mi hijo, esta prueba no reemplaza el tratamiento por parte del proveedor médico de mi hijo y asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo. Acepto que buscaré consejo médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi hijo si tengo preguntas o inquietudes, o si su condición empeora.
- Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Consentimiento informado. 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 esta prueba para COVID-19.

<b>Firma de Padre/ Tutor:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Firma del estudiante:</b> (si tiene 18 años o más o está autorizado para dar su consentimiento)		<b>Fecha:</b>	