



Prueba COVID-19 - Consentimiento informado

Nombre Completo: _____ **Personal de PSD o Estudiante:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Personal/ ID del Estudiante:** _____

El Distrito Escolar de Pasco se ha asociado con el Distrito de Salud Benton-Franklin (BFHD) y el Departamento de Salud del Estado de Washington (DOH) para ofrecer pruebas de COVID-19 voluntarias y gratuitas. Por favor lea atentamente y firme el siguiente Consentimiento Informado:

- Yo autorizo que los observadores designados de la prueba COVID-19 del Distrito Escolar de Pasco faciliten la recolección y la prueba de COVID-19 a través de un hisopo oral o nasal en la (s) siguiente (s) fecha (s):
_____.
- Yo entiendo que mi capacidad para recibir pruebas se limita a la disponibilidad de suministros de prueba.
- Yo reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que debo aislarme a mí mismo y / o usar una mascarilla o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- Yo entiendo que, al administrar la prueba, el Distrito Escolar de Pasco no actúa como mi proveedor médico y que esta prueba no reemplaza el tratamiento de un proveedor médico. Asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de mis pruebas y mi atención médica. Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico si tengo alguna pregunta o inquietud, si desarrollé síntomas de COVID-19 o si mi afección empeora.
- Yo entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19.
- Se me ha informado del propósito, los procedimientos y los posibles riesgos y beneficios de la prueba. Tendré la oportunidad de hacer preguntas antes de proceder con una prueba de COVID-19. Entiendo que si no deseo continuar con la prueba de diagnóstico de COVID-19, puedo negarme a que se me haga la prueba.
- Yo autorizo que los resultados de la prueba se divulguen a los funcionarios de salud pública, el condado, el estado o cualquier otra entidad gubernamental según lo requiera la ley.
- Yo entiendo que para garantizar la salud y la seguridad públicas y para controlar la propagación del COVID-19, los resultados de mi prueba pueden ser compartidos sin mi autorización individual.
- Yo entiendo que puedo retirar mi consentimiento de participar en las pruebas en cualquier momento.

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. Yo acepto voluntariamente esta prueba del COVID-19.

___ Yo acepto autorizar a mi estudiante a someterse a Pruebas de COVID-19

Nombre del Padre/Tutor Legal (Por favor, imprima)

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

___ Yo acepto someterme a Pruebas de COVID-19

Nombre del Estudiante (Por favor, imprima)

Firma del Estudiante

Fecha