

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LAS PRUEBAS PARA COVID-19 A ESTUDIANTES

¿Cuál es el propósito de este consentimiento?

Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para realizarle a su hijo/a o al menor bajo su custodia o tutela (en adelante "estudiante"), pruebas de cernimiento para COVID-19, como parte de las medidas para la prevención de la transmisión de COVID-19 en las escuelas. El Departamento de Salud estará realizando pruebas para COVID-19 a los estudiantes de la escuela: _____.

¿Cuál es el costo de la administración de la prueba?

La administración de las pruebas no conlleva costo alguno para usted ni para su seguro de salud.

¿Con cuánta frecuencia se le harán las pruebas?

Las pruebas se realizarán periódicamente a estudiantes escogidos al azar. Debido a la selección al azar de los estudiantes, la prueba podría realizarse a su hijo/a en una o más ocasiones durante el año escolar.

¿Cuál es la prueba?

La prueba que se realizará es una viral (antígenos) para COVID-19 y es libre de costo. La hoja adjunta provee información adicional sobre el tipo de prueba que se utilizará.

¿Cómo se toma la muestra?

La toma de la muestra implica la inserción de un hisopo pequeño, similar a un *Q-Tip*, en la parte frontal de la nariz.

¿Cómo se le informa el resultado positivo en la prueba?

Si el resultado de la prueba de antígenos es positivo, la autoridad de salud de la escuela se comunicará con usted para informarle el resultado.

¿Qué medidas debe tomar si el resultado es positivo?

Si el resultado de la prueba de antígenos es positivo, se deberá realizar una prueba de PCR dentro de 48 horas para confirmar el resultado. La autoridad de salud de la escuela lo ayudará a identificar el lugar dónde se le puede realizar al estudiante la prueba PCR. Además, se le facilitará el referido para realizarse la prueba molecular, la cual será libre de costo. Además, deberá comunicarse inmediatamente con el pediatra o médico primario para notificar el resultado, determinar el plan de cuidado y mantener al estudiante en la casa en aislamiento.

¿Qué medidas tomará la escuela si el resultado es positivo?

El estudiante será trasladado a un lugar aislado de otros estudiantes y bajo supervisión, hasta que el encargado, tutor legal o persona autorizada lo pueda recoger. En el caso de estudiantes emancipados o de 21 años o más, se le requerirá abandonar el plantel escolar, salvo que tenga alguna discapacidad que requiera asistencia.

¿Qué debe hacer si recibe un resultado negativo?

Si el resultado de la prueba es negativo, esto significa que no se detectó el virus en la muestra. En ocasiones, las pruebas dan resultados negativos incorrectos (llamados "falsos negativos") en personas que tienen COVID-19. Si el resultado es negativo, pero el estudiante tiene síntomas de COVID-19 o si le preocupa la exposición al COVID-19, debe llamar al médico.

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE, TUTOR, CUSTODIO O ESTUDIANTE ADULTO

Información del /Padre/Madre/Tutor/Custodio

Nombre letra molde		<input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Custodio
Dirección física		
Teléfono/ Celular		Correo electrónico:
La mejor manera de contactarle	<input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro:	

Información del Estudiante

Nombre letra molde	
Fecha Nacimiento (mm/dd/año)	
Dirección física	

NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

La Ley Pública Núm. 104-191 de 1996, según enmendada, conocida como Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), requiere a toda entidad cubierta la protección de la información de salud del individuo. Esta se define como información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y permite que cierta información sea compartida entre algunas agencias gubernamentales de Puerto Rico y entre proveedores de servicios de salud contratados, incluyendo los mencionados abajo. Esta información será compartida únicamente para fines de salud pública, lo que puede incluir notificar a los contactos cercanos del estudiante que hayan estado expuestos al COVID-19 para tomar otras medidas preventivas a la propagación del COVID-19 en su escuela. La información del estudiante que pudiera compartirse incluye el nombre y los resultados de la prueba COVID-19, fecha de nacimiento, edad, sexo, nombre de la escuela, maestro(s), salón/cohorte/grupo, historial de matrícula, asistencia, y horario extendido en la escuela u otro programa, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, número de teléfono celular y dirección de correo electrónico. El intercambio de información del estudiante se hará de acuerdo con las leyes y políticas aplicables que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos. Tanto el Departamento de Salud como la institución educativa se comprometen a brindar seguridad y privacidad de PHI conforme a la relación jurídica que se crea en virtud de esta gestión.

• DS-Departamento de Salud

• Institución Educativa

• Personal llevando a cabo las pruebas para COVID-19

CONSENTIMIENTO

ACEPTO y doy mi consentimiento para que a mi hijo o el menor a mi cargo se le realicen pruebas de antígenos para COVID-19.

Deseo estar presente al momento de la toma de la muestra (La persona debe estar completamente vacunada y utilizar mascarilla en todo momento): Iniciales del custodio/padre/madre /tutor: _____

Autorizo a tomar la muestra sin mi presencia: Iniciales del custodio/padre/madre /tutor: _____

Al firmar este consentimiento, doy fe que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el menor mencionado anteriormente.
- Entiendo que al estudiante se le puede administrar la prueba de cernimiento para el COVID-19 en varias ocasiones durante el año escolar que comienza el _____ y termina el **31 de julio de 2022***.
- Entiendo que las pruebas se llevarán a cabo durante los días programados por el Departamento de Salud.
- Entiendo que este consentimiento será válido hasta el **31 de julio de 2022***, a menos que notifique **por escrito** a la autoridad de salud de la escuela que revoco el mismo.
- Entiendo que los resultados de las pruebas y otra información de salud protegida de estudiante podrán ser divulgadas según permitido por la Ley HIPAA y la Ley de privacidad y derechos Educativos de la Familia (FERPA).

Estudiantes emancipados o de 21 años o más.

ACEPTO y doy mi consentimiento para que se me realicen las pruebas de antígenos para COVID-19 y doy fe que entiendo el contenido y alcance de este consentimiento, el cual firmo en mi propio nombre.

Firma del Custodio/Padre/Madre/Tutor* (si el niño es menor de 21 años)

Fecha (mm/dd/año)

Firma del Estudiante (si tiene 21 años o si está emancipado)

Fecha (mm/dd/año)

DENEGACIÓN

NO ACEPTO ni doy mi consentimiento para que a mi hijo o el menor bajo mi custodia se le realicen pruebas de antígenos para COVID-19.

Al firmar a continuación, doy fe que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por mi hijo, mencionado anteriormente.
- Entiendo que esta denegación de consentimiento será válida hasta el **31 de julio de 2022***, a menos que notifique **por escrito** a la autoridad de salud de la escuela que revoco la misma.

Estudiantes emancipados o de 21 años o más.

NO ACEPTO ni doy mi consentimiento para que se me realicen las pruebas de antígenos para COVID-19 y doy fe que entiendo el contenido y alcance de este consentimiento, el cual firmo en mi propio nombre.

Firma del Custodio/Padre/Madre/Tutor* (si el estudiante es menor de 21 años)

Fecha (mm/dd/año)

Firma del Estudiante (si tiene 21 años o más o si está emancipado)

Fecha (mm/dd/año)

Nota aclaratoria: * El año escolar incluye el periodo de verano.