



THORP SCHOOL DISTRICT NO. 400

Post Office Box 150 · 10831 N. Thorp Highway · Thorp, Washington 98946
Phone 509-964-2107 Fax 509-964-2313
www.thorpschools.org

Formulario de Consentimiento para Prueba Rápida de Antígenos para COVID-19 e Influenza A+B

Nombre del Estudiante:
Fecha de Nacimiento del Estudiante:
Escuela:
Padre de Familia o Tutor Nombre:
Domicilio:
Numero Telefónico:

Por favor lea atentamente el siguiente aviso de consentimiento informado y firme la autorización para realizar la prueba de COVID-19.

1. Entiendo que las pruebas de COVID-19 e influenza A+B del estudiante mencionado anteriormente se realizarán a través de una prueba **BD Veritor** Plus u otra prueba rápida de COVID-19 autorizada, proporcionada por el Departamento de Salud del Estado de Washington y reconozco que la *Hoja Informativa para Particulares* para la prueba se ha puesto a mi disposición.
2. Entiendo que la posibilidad de que el estudiante mencionado anteriormente reciba las pruebas se limita a la disponibilidad de materiales para dichas pruebas.
3. Entiendo que la entidad que realiza la prueba no actúa como proveedor médico del estudiante mencionado anteriormente. Las pruebas no reemplazan el tratamiento realizado por un proveedor médico. Asumo total y plena responsabilidad de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de la prueba, incluida la búsqueda de asesoramiento, atención y tratamiento médicos de un proveedor médico u otra entidad de atención médica en caso de tener preguntas o inquietudes, de que el estudiante mencionado anteriormente desarrolla síntomas de COVID-19 e influenza A+B, o si la condición del estudiante mencionado anteriormente empeora.
4. Entiendo que, como ocurre con cualquier examen médico, existe la posibilidad de obtener un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba de COVID-19 e influenza A+B.
5. Entiendo que es mi responsabilidad informar al proveedor de atención médica del estudiante mencionado anteriormente sobre un resultado positivo de la prueba, y que no se enviará una copia directamente al proveedor de atención médica del estudiante mencionado anteriormente por mí.
6. Entiendo que el resultado de la prueba de antígenos estará disponible en 15-30 minutos.
7. Entiendo y acepto que por un resultado positivo de la prueba de antígenos la indicación es que el estudiante mencionado anteriormente debe aislarse para evitar infectar a otros.
8. Me han informado sobre el 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 e influenza A+B. Entiendo que si no deseo que el estudiante mencionado anteriormente continúe con la prueba de diagnóstico de COVID-19 e influenza A+B, puedo rechazar la prueba.
9. Entiendo que para garantizar la salud y seguridad públicas y controlar la propagación de COVID-19 y la influenza, los resultados de las pruebas pueden compartirse sin mi autorización particular.
10. Entiendo que los resultados de la prueba se divulgarán a las autoridades de salud pública correspondientes según lo exige la ley.
11. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para la prueba en cualquier momento antes de que se realice.

AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE COVID-19 e influenza A+B

- Doy mi consentimiento para autorizar que el estudiante mencionado anteriormente se someta a las pruebas de COVID-19 e influenza A+B.

Firma del Padre de Familia/Tutor

Fecha

- Doy mi consentimiento para someterme a pruebas de COVID-19 e influenza A+B.

Firma del Estudiante (18 años o mayor)

Fecha